

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

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

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura médica y de medicamentos de Medicare (y Medicaid) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- La prima del plan y el costo compartido.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio al Cliente al (888) 775-7003. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos. Esta llamada es gratuita.

Si necesita atención de urgencia fuera del horario indicado anteriormente, diríjase a su proveedor de atención de urgencia más cercano (consulte la página 86 para obtener detalles sobre la cobertura). Teladoc también es una opción para después del horario de atención. Para acceder a la plataforma, ingrese en el siguiente sitio web para registrar su cuenta: member.teladoc.com/signin. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercano (consulte la página 56 para obtener detalles sobre la cobertura).

Este plan, Senior Care Plus Extensive Duals, 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 Senior Care Plus).

This information is available in different formats, including Spanish and other languages, as well as large print and braille. Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers (phone numbers are printed on the back cover of this

booklet). Please contact Customer Service at the number listed above if you need plan information in another format or language.

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

Los beneficios, las primas, los deducibles, o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H2960_2026_ ExtensiveDuals_024_EOC_C

File and Use 10/15/2025

Índice**Índice**

Esta lista de capítulos y números de las páginas son su punto de partida. A fin de obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro | 5 |
| SECCIÓN 1 Usted es miembro del plan Senior Care Plus Extensive Duals | 5 |
| SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan | 6 |
| SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía | 8 |
| SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026..... | 10 |
| SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan..... | 16 |
| SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de miembro del plan | 16 |
| SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan | 17 |
| CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos | 19 |
| SECCIÓN 1 <i>Contactos del plan Senior Care Plus Extensive Duals</i> | 19 |
| SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare | 25 |
| SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) | 26 |
| SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) | 27 |
| SECCIÓN 5 Seguro Social..... | 27 |
| SECCIÓN 6 Medicaid | 28 |
| SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta..... | 30 |
| SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) | 32 |
| CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos | 34 |
| SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan..... | 34 |
| SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener atención médica | 36 |
| 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 cubiertos?..... | 42 |
| SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica | 43 |

Índice

| | | |
|--|--|------------|
| 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 |
| SECCIÓN 8 | Cómo solicitar un reembolso médico directo..... | 47 |
| CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) | | 49. |
| SECCIÓN 1 | Conocer los servicios cubiertos | 49 |
| SECCIÓN 2 | La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y los costos | 50 |
| SECCIÓN 3 | Servicios cubiertos fuera del <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i> | 102 |
| SECCIÓN 4 | Servicios que no están cubiertos por nuestro plan | 106 |
| CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D | | 109 |
| SECCIÓN 1 | Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan..... | 109 |
| SECCIÓN 2 | Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan | 110 |
| SECCIÓN 3 | Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan ... | 113 |
| SECCIÓN 4 | Medicamentos con restricciones en la cobertura..... | 116 |
| SECCIÓN 5 | Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría..... | 117 |
| SECCIÓN 6 | Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año..... | 119 |
| SECCIÓN 7 | Tipos de medicamentos que no cubrimos..... | 122 |
| SECCIÓN 8 | Cómo surtir un medicamento con receta | 123 |
| SECCIÓN 9 | Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales | 124 |
| SECCIÓN 10 | Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos | 125 |
| CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D | | 128 |
| SECCIÓN 1 | Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D | 128 |
| SECCIÓN 2 | Etapas de pago de medicamentos para los miembros del <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)</i> | 131 |
| SECCIÓN 3 | Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra | 131 |
| SECCIÓN 4 | La Etapa del deducible..... | 133 |

Índice

| | | |
|---|---|-----|
| SECCIÓN 5 | La Etapa de cobertura inicial | 133 |
| SECCIÓN 6 | La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas..... | 137 |
| SECCIÓN 7 | Lo que paga por las vacunas de la Parte D..... | 138 |
| CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura de servicios médicos o medicamentos cubiertos | | |
| 141 | | |
| SECCIÓN 1 | Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos | 141 |
| SECCIÓN 2 | Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que recibió | 144 |
| SECCIÓN 3 | Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa..... | 144 |
| CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades | | |
| 146 | | |
| SECCIÓN 1 | Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... | 146 |
| SECCIÓN 2 | Sus responsabilidades como miembro del plan | 152 |
| CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)..... | | |
| 155 | | |
| SECCIÓN 1 | Qué hacer si tiene un problema o una inquietud | 155 |
| SECCIÓN 2 | Dónde conseguir más información y ayuda personalizada | 156 |
| SECCIÓN 3 | Qué proceso utilizar para su problema..... | 157 |
| SECCIÓN 4 | Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare | 157 |
| SECCIÓN 5 | Guía para decisiones de cobertura y apelaciones | 158 |
| SECCIÓN 6 | Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... | 161 |
| SECCIÓN 7 | Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación | 170 |
| SECCIÓN 8 | Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto | 181 |
| SECCIÓN 9 | Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto..... | 186 |
| SECCIÓN 10 | Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5..... | 190 |
| SECCIÓN 11 | Cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas | 194 |

Índice

| | | |
|--|---|------------|
| SECCIÓN 12 | Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid..... | 197 |
| CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan..... | | 198 |
| SECCIÓN 1 | Cancelación de su membresía en nuestro plan..... | 198 |
| SECCIÓN 2 | ¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan?..... | 198 |
| SECCIÓN 3 | Cómo cancelar su membresía en nuestro plan | 202 |
| SECCIÓN 4 | Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo los artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan..... | 203 |
| SECCIÓN 5 | El <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i> debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones..... | 204 |
| CAPÍTULO 11: Avisos legales | | 206 |
| SECCIÓN 1 | Aviso sobre la ley vigente..... | 206 |
| SECCIÓN 2 | Aviso sobre la no discriminación | 206 |
| SECCIÓN 3 | Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... | 207 |
| CAPÍTULO 12: Definiciones | | 208 |

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro del plan Senior Care Plus Extensive Duals

Sección 1.1 Usted está inscrito en el *plan Senior Care Plus Extensive Duals*, que es un plan de necesidades especiales de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted decidió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos mediante nuestro plan, el plan *Senior Care Plus Extensive Duals*. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de los de Original Medicare.

El plan *Senior Care Plus Extensive Duals* es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. El *plan Senior Care Plus Extensive Duals* está diseñado para personas que tienen un seguro de Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por los servicios de Medicare que reciba. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que, por lo general, no cuentan con la cobertura de Medicare. También recibirá Ayuda adicional por parte de Medicare para cubrir el costo de sus medicamentos de Medicare. El *plan Senior Care Plus Extensive Duals* lo ayudará a administrar todos estos beneficios, de modo que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

El *plan Senior Care Plus Extensive Duals* es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Nevada para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle una cobertura de Medicare, incluida una cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 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 Extensive Duals* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar 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 Extensive Duals* entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del *plan Senior Care Plus Extensive Duals* después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el *plan Senior Care Plus Extensive Duals*. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año mientras decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3 a continuación). Las personas encarceladas no se consideran que viven en la zona geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para la asistencia con costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de los 3 meses, entonces sigue siendo elegible para la membresía. La Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua estimada.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos Programas de Ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

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

Sección 2.3 Área de servicio del *plan Senior Care Plus Extensive Duals*

El *plan Senior Care Plus Extensive Duals* solo está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo 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 planea mudarse a otro estado, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y averiguar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento, se incluyen los números de teléfono de Medicaid.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial para cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará al *plan Senior Care Plus Extensive Duals* si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan sobre esta base. El *plan Senior Care Plus Extensive Duals* debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor. Ejemplo de tarjeta de membresía:

Extensive Duals (HMO D-SNP) Plan Senior Care Plus
SCP Renown Network

ID: SMPL0001
Name: JOHN SAMPLE


For Benefit Information:
SeniorCarePlus.com/Documents
Includes: Hearing, Vision, Comprehensive Dental, Fitness

Phone: 775-982-3112 or 888-775-7003 (TTY Relay Service 711)
Submit medical claims to: EDI Payor ID #88023
OR Mail to: PO Box 981703 El Paso, TX 79998-1703

Senior Care Plus

ID: SMPL0001
Name: JOHN SAMPLE
Liberty Dental: (888) 442-3193

RxBin: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGrp: HTHMCR
Optum Rx Customer Service: 844-368-3139
TTY: Relay Service 711 or www.optumrx.com
Submit Rx claims to: Optum Rx Claims Dept
PO Box 650287, Dallas, TX 75265-06929



Medicare Rx
Optum Rx®
H2960 / 024

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

miembro del plan *Senior Care Plus Extensive Duals*, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de miembro está dañada, se le perdió o se la robaron, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores y suministradores actuales 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 usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. 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 Extensive Duals* autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de proveedores y suministradores en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* en papel solicitados se le enviarán por correo postal en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que acordaron surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar 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 están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, www.seniorcareplus.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Informa qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D en el *plan Senior Care Plus Extensive Duals*. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del *plan Senior Care Plus Extensive Duals*.

La Lista de medicamentos también indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos se cubren, visite www.seniorcareplus.com o llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

| | Sus costos en 2026: Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles. | \$0.00 Medicare paga esto en su nombre si usted es elegible para recibir “Ayuda adicional”. Si pierde la elegibilidad para la “Ayuda adicional”, paga \$9.50. |

| | Sus costos en 2026: Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 4). | \$8,300 Si usted es elegible para recibir la ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. |
| Visitas al consultorio de atención primaria | Copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare. |
| Visitas a consultorios de especialistas | Si es elegible para recibir la ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por visita por cada visita al consultorio de un especialista cubierta por Medicare. |
| Estadías en hospital para pacientes internados | Si es elegible para recibir la ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0. |

**Sus costos en 2026:
Lo que tiene que pagar
cuando recibe estos servicios.
Los copagos dependen del
estado de Medicaid al
momento del servicio.**

Cobertura de medicamentos de la Parte D

(Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).

Copagos durante la Etapa de cobertura inicial:

Medicamento de Nivel 1:
Costo minorista estándar: de \$0 a \$5.10 por receta.

Medicamento de Nivel 2:
Costo minorista estándar: de \$0 a \$5.10 por receta.

Medicamento de Nivel 3:
Costo minorista estándar: de \$0 a \$12.65 por receta.

Medicamento de Nivel 4:
Costo minorista estándar: de \$0 a \$12.65 por receta.

Medicamento de Nivel 5:
Costo minorista estándar: de \$0 a \$12.65 por receta.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:
Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Durante el 2026, la prima mensual del *plan Senior Care Plus Extensive Duals* es de \$9.50. Medicare paga esto en su nombre si usted es elegible para recibir “Ayuda adicional”.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó previamente en la Sección 2, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del *plan Senior Care Plus Extensive Duals*, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. Es posible que también pague una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica a usted mientras mantenga su condición de doble elegibilidad; sin embargo, si pierde dicha condición, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su Período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tuvo una cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su asegurador o el Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

acreditable. Puede obtener esta información en una carta o un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo una cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior (prima del beneficiario básica nacional). Para el 2026, el monto promedio de la prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima del beneficiario básica nacional y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo siguiente, sería 14 % multiplicado por \$38.99, que da \$5.45. Esto debe redondearse a \$5.50. 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 aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a la multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima del beneficiario básica nacional puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa

por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para 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 recibe en la que se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto mensual ajustado relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como monto de ajuste mensual por ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague usualmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de pago de recetas de Medicare

Si está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de medicamentos o de salud por sus

medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Nuestra prima mensual del plan no se modificará durante el año

No tenemos permitido cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si se vuelve elegible para recibir Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que tiene que pagar puede cambiar. Si califica para recibir Ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, esta paga parte de su prima mensual del plan. Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual del plan completa. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre la Ayuda adicional.

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

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre la Ayuda adicional.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso 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 de la red de nuestro plan **usan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Es por ello que es muy importante que ayude a mantener actualizada su información.

Si se produce alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, indemnización del trabajador o de Medicaid).
- Alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si es ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**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 al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”) solo paga si llegara a haber costos no

cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años de edad y es discapacitado y usted (o un familiar suyo) aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 *Contactos del plan Senior Care Plus Extensive Duals*

Para obtener asistencia con consultas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente del *plan Senior Care Plus Extensive Duals*. Con gusto lo ayudaremos.

Servicio al cliente: Información de contacto

| | |
|--------------|--|
| LLAME | <p>775-982-3112 o de manera gratuita al 1-888-775-7003</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.</p> <p>Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p> |
| LLAME | <p>Nations Hearing: De manera gratuita al 1-(877) 200-4189. TTY 711</p> <p>Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> |
| LLAME | <p>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). Las llamadas a este número son gratuitas.</p> |
| LLAME | <p>Liberty Dental: Número gratuito 888-442-3193.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico)</p> |

Servicio al cliente: Información de contacto

| | |
|----------------------|---|
| TTY | Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. |
| Fax | 775-982-3741 |
| Correo postal | Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com |
| Sitio web | www.seniorcareplus.com |

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una 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 de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica: información de contacto

| | |
|----------------------|---|
| LLAME | <p>775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.</p> <p>Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p> |
| TTY | <p>711</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.</p> |
| Fax | <p>775-982-3741</p> |
| Correo postal | <p>Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com</p> |
| Sitio web | <p>www.seniorcareplus.com</p> |

Decisiones de cobertura para los medicamentos de la Parte D: información de contacto

| | |
|--------------|---|
| LLAME | <p>1-844-368-3139</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> |
|--------------|---|

Decisiones de cobertura para los medicamentos de la Parte D: información de contacto

| | |
|------------------------------|--|
| TTY | Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. |
| Fax | 1-844-403-1028 |
| Correo postal | Optum Rx en línea: Autorización previa o solicitud de excepción OptumRx |
| Sitio web | https://www.optumrx.com/secure/benefits-and-claims/prior-authorization |
| Sitio web de Medicare | Para presentar una queja sobre el plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP) directamente ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . |

Apelaciones para los medicamentos de la Parte D: información de contacto

| | |
|------------------------------|--|
| LLAME | 1-888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| 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. Las llamadas a este número son gratuitas. |
| Fax | 1-775-982-3745 |
| Correo postal | Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Pharmacy-Hometownhealth@hometownhealth.com |
| Sitio web | www.Seniorcareplus.com |
| Sitio web de Medicare | Para presentar una queja sobre el plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP) directamente ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . |

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica: Información de contacto

| | |
|------------------------------|---|
| LLAME | <p>775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.</p> <p>Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p> |
| TTY | <p>711</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.</p> |
| Fax | <p>775-982-3741</p> |
| Correo postal | <p>Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com</p> |
| Sitio web de Medicare | <p>Para presentar una queja sobre el plan Senior Care Plus Extensive Duals directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.</p> |

Cómo solicitarnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibí

Si recibió una factura o pagó servicios (como la 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 para obtener más información.

si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago - Información de contacto

| | |
|------------------------------|---|
| LLAME | <p>775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos.</p> <p>Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p> |
| TTY | <p>711</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.</p> |
| Fax | <p>775-982-3741</p> |
| Correo postal | <p>Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com</p> |
| Sitio web de Medicare | <p>www.seniorcareplus.com</p> |

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: Información de contacto

| | |
|----------------------|--|
| LLAME | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| TTY | 1-877-486-2048 Este número 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 son gratuitas. |
| Chat en vivo | Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone . |
| Correo postal | Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044. |
| Sitio web | www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none">• Obtenga información sobre los planes de medicamentos y de salud de Medicare en su área, incluido el costo y los servicios que brindan.• Encuentre médicos, otros proveedores de atención médica y proveedores participantes de Medicare.• Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas y consultas anuales de “bienestar”).• Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.• Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. |

Medicare: Información de contacto

- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre el plan Senior Care Plus Extensive Duals.

Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. 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 tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguro médico 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 médicos 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, ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de planes.

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 postal State of Nevada Aging and Disability Services Division
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 (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. En Nevada, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Commence Health.

Commence Health 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 la atención para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Commence Health (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 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábados, domingos y feriados, de 10:00 a.m. a 4:00 p.m. |
| TTY | 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. |
| Correo postal | Commence Health, BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701 |

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe

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

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: Información de contacto

| | |
|------------------|---|
| LLAME | 1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Use los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| TTY | 1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. |
| Sitio web | www.SSA.gov |

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

- **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). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Doble elegibilidad de beneficio completo (FBDE):** Persona que no es ni un QMB ni un SLMB, pero que es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid, ya sea de manera categórica o a través de grupos de cobertura de carácter opcional.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada, División de Servicios de Apoyo y Bienestar.

Nevada Medicaid: información de contacto

| | |
|----------------------|--|
| LLAME | 877-638-3472 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. |
| TTY | 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. |
| Correo postal | Nevada Medicaid 1100 East William Street Suite 101 Carson City, NV 89701 |
| Sitio web | https://dhcfp.nv.gov/ |

El *Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo (LTC, en inglés) del estado de Nevada* ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de atención médica especializada y a resolver problemas entre dichos hogares y los residentes o sus familias.

Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo del estado de Nevada: Información de contacto

| | |
|----------------------|--|
| LLAME | 1-888-729-0571 |
| TTY | 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. |
| Correo postal | Nevada State Long Term Care Ombudsman Program 445 Apple Street Suite 104 Reno, NV 89502 |
| Sitio web | adsd.nv.gov |

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta, no tiene que hacer nada más para obtener esta Ayuda adicional.

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la Oficina Estatal de Medicaid al 877-638-3472.

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de su monto de copago adecuado. Si ya tiene alguna prueba del monto correcto, podemos ayudarlo a compartirla con nosotros.

- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga más de lo debido en su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea con cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y usted lo adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene preguntas.

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos y están recibiendo la Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta.

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de

Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene Ayuda adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta mediante el Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA de la Parte B (Ryan White HIV/AIDS Part B, RWPB) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, lo que incluye un comprobante de residencia en el estado y del estado de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado) y condición de no miembro/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al encargado de inscripción del ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia. 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.

Plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos extendiéndolos durante todo **el año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (state's pharmaceutical assistance program, SPAP) y el ADAP, para quienes reúnen los requisitos, son más ventajosas que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto

| | |
|----------------------|---|
| LLAME | (844)-368-3139 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| TTY | (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. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| Correo postal | Optum Rx Attn: Member Services 6868 W 115TH ST Overland Park, KS 66211 |
| Sitio web | www.optumrx.com |

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto

| | |
|--------------|--|
| LLAME | 1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m., los miércoles. |
|--------------|--|

Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto

Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días 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**

<https://RRB.gov>

CAPÍTULO 3:

Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar servicios médicos y atención médica. El término “proveedores” también abarca a hospitales y otros centros de salud.
- Los **proveedores que forman parte de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos 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. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor que forma parte de la red, no paga ningún monto o solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

Como plan de salud de Medicare, el plan *Senior Care Plus Extensive Duals* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare.

Por lo general, el plan *Senior Care Plus Extensive Duals* cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que le brinde atención y la supervise.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe brindarle su aprobación por anticipado (una derivación) antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación anticipada de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Existen 3 excepciones:
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor que no forme parte de la red. Para obtener más información y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si usted recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté

temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red 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 de la diálisis puede ser mayor.

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

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

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

Cuando se convierte en miembro del plan Senior Care Plus Extensive Duals, 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 miembro 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 de salud personal.

Cómo elegir un 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 de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que su PCP deje de estar en la red de proveedores del plan y deba elegir a un PCP nuevo.

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 miembro que incluya el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación de su PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, incluidos exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la pulmonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan que requieran atención médica inmediata (pero que no sean una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) 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 brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

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.

Si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha consultado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para la atención continua.
- Si está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención ante la QIO, un reclamo de calidad de la atención ante el plan, o ambas cosas (consulte el Capítulo 9).

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

SECCIÓN 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

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 la pérdida de una función corporal o daños graves en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda con la mayor rapidez posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una derivación del PCP. No necesita usar 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.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Nuestro número de teléfono y el número de teléfono de su PCP se encuentran en su tarjeta de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que haya cesado la emergencia, tiene derecho a realizar un seguimiento de su condición para asegurarse de que continúa siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores dentro de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas de abajo para obtener esta atención de urgencia.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia), es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

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

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

parte de la red, cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor que no forma parte de la red.

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

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

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

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia, ni ningún otro servicio para la atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

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

Visite [cms.gov](https://www.cms.gov) para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Vaya a la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

El *plan Senior Care Plus Extensive Duals* cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no

cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en el beneficio, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de utilizar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

Cuando se haya alcanzado el monto del beneficio, el costo que paga no cuenta para su monto máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicio al cliente si desea saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

SECCIÓN 5 Servicios médicos 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; como 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 normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención (aquella no relacionada con el estudio) a través del plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red del plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia [national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED] y exención de dispositivos de investigación [investigational device exemption, IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del 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 ensayos 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 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

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

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

Después de que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que para todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier inscrito en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare, *Medicare and Clinical Research Studies*, (Medicare y estudios de investigación clínica), disponible en

www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** corresponde a la atención o al 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 cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le presten en un centro, regirán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - *Además*, 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.

Es posible que se apliquen restricciones respecto de la cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital pedidas por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME se deben alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro del *plan Senior Care Plus Extensive Duals*, por lo general, no obtendrá la propiedad de artículos de DME alquilados independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No tendrá posesión incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del artículo de DME. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

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

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Tendrá que 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 unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Los pagos que ya realizó (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, el plan *Senior Care Plus Extensive Duals* cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona el plan Senior Care Plus Extensive Duals o ya no necesita un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 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 el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, y deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan, o lo abandona, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar un reembolso médico directo

Los formularios de reembolso para miembros están disponibles para el reembolso directo de los servicios prestados en un consultorio para servicios de urgencia o emergencia. Los servicios de atención de urgencia o emergencia son reembolsables a la tarifa actual de Medicare incurrida dentro de los Estados Unidos. Las emergencias o la atención de urgencia dentro de los Estados Unidos deben tener el formulario de reembolso al miembro correspondiente completo con la información del miembro, los códigos de diagnóstico y CPT, y la evidencia de pago al proveedor.

Las reclamaciones incurridas fuera de los Estados Unidos para el tratamiento de emergencia de un miembro deben tener registros médicos o una superfactura detallada. No se reembolsarán las facturas que no estén detalladas por los servicios prestados. Esto también debe enviarse con el formulario de reembolso para miembros completo con la información del miembro, Si los documentos solicitados no se firman y se nos devuelven a nosotros o a nuestro representante dentro de los 90 días de la solicitud, ya no tendremos ninguna obligación de pagar ningún gasto cubierto en el que incurra el miembro.

Puede encontrar el formulario de reembolso para miembros en el [formulario de reclamación \(hometownhealth.com\)](https://www.hometownhealth.com). Una vez que complete el formulario, puede enviarlo por fax a nuestro Departamento de Servicios de Reembolsos al 775-982-3751, enviarlo por correo electrónico a customer_service@hometownhealth.com o por correo postal a nuestra oficina ubicada en:

Hometown Health
10315 Professional Circle
Reno, NV 89521

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Conocer los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos como miembro del plan Senior Care Plus Extensive Duals. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Dado que obtiene ayuda de Medicaid, usted no paga sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestros planes para obtener su atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. Si usted es elegible para recibir la ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen un límite en la cantidad que debe pagar como gasto de bolsillo por año por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, este monto es de \$8,300.**

Los montos que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de \$8,300, no deberá pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (excepto cuando Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y los costos

En las siguientes páginas, en la Tabla de beneficios médicos, se enumeran los servicios que cubre el plan Senior Care Plus Extensive Duals (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid tienen que prestarse según las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos de la Parte B) *tienen* que ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una derivación. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar perturbaciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos relacionados con los servicios de Medicare, incluidos los servicios cubiertos por Medicare. Medicaid

también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios en el hogar y comunitarios u otros servicios únicos de Medicaid.


- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de elegibilidad continua estimada de 3 meses de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian.

Si usted es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.








Esta manzana indica los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> |
| <p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none">• dolor que dura 12 semanas o más;• No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).• No está relacionado con una cirugía.• No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no presenta mejoras o experimenta una regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (tal como se los define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) podrán brindar acupuntura de conformidad con los requisitos estatales correspondientes.</p> | <p>Copago de \$0 por cada visita para acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p>Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y• Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p> <p><i>Máximo de 20 visitas por año del plan. Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.</i></p> | |
| <p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> | <p>Copago de \$0 por cada servicio de ambulancia terrestre y aérea cubierto por Medicare.</p> <p>El costo compartido se aplica a cada viaje.</p> <p>El transporte de emergencia en todo el mundo no es un servicio cubierto.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p>Examen físico anual</p> <p>Cubrimos un examen físico anual como beneficio complementario. Este examen está cubierto una vez por año calendario y es adicional a su visita anual de bienestar cubierta por Medicare y a la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Nota: Usted es elegible para esta visita inmediatamente después de inscribirse en nuestro plan.</p> | <p>Copago de \$0 para el examen físico anual.</p> |
| <p> Consulta de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. No obstante, no es necesario que haya realizado una visita <i>Bienvenido a Medicare</i> para que se cubran las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p> |
| <p> Examen de masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> |
| <p> Examen de detección de cáncer de pecho (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años• Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y terapia están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones con una derivación del médico.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> | <p>Copago de \$0 para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> |
| <p> Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p> |
| <p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p> Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses.• Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Solo cubrimos</i> la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones | <p>Copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos, y coordinación y planificación de la atención.</p> | <p>El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare con el PCP.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare con el especialista.</p> |

Servicio cubierto

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.

Examen de detección de cáncer colorrectal

Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:




- La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.
- La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.
- Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.

No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Una colonoscopia 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.

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. | |
| <p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Los ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios dentales preventivos<ul style="list-style-type: none">○ Exámenes bucales | <p>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico no cubiertos por Medicare:</p> <p>Exámenes bucales: copago de \$0*</p> <p>Limpiezas: copago de \$0*</p> <p>Tratamientos con flúor: Sin cobertura</p> <p>Radiografías dentales: copago de \$0*</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Limpiezas• Servicios de diagnóstico dental<ul style="list-style-type: none">○ Radiografías dentales• Servicios dentales integrales<ul style="list-style-type: none">○ Servicios no rutinarios○ Servicios de restauración○ Servicios de endodoncia○ Servicios de periodoncia○ Extracciones○ Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales <p>Los servicios de diagnóstico y prevención no se aplican a su límite de cobertura dental.</p> <p>Servicios dentales integrales: El plan paga hasta \$2,000 cada año por servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura dental.</p> <p>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.</p> <p>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 necesariamente sobre los honorarios reales del dentista.</p> | <p>Servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare:</p> <p>Servicios que no son de rutina: copago de \$0*</p> <p>Servicios de restauración: copago de \$0*</p> <p>Endodoncia: copago de \$0*</p> <p>Servicios periodontales: copago de \$0*</p> <p>Extracciones: copago de \$0*</p> <p>Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales: copago de \$0*</p> <p>*Se aplican frecuencias y limitaciones</p> <p>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.</p> <p>Para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos y las frecuencias, visite SeniorCarePlus.com</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p> Examen de detección de depresión</p> <p>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.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p> |
| <p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Es posible que sea elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p> | <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p> |
| <p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. | <p>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.</p> <p>Los monitores de glucosa en sangre se proporcionan de forma gratuita.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

Servicio cubierto

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores también se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.

Generalmente, el plan *Senior Care Plus Extensive Duals* cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en el *plan Senior Care Plus Extensive Duals* y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante 90 días, como máximo. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para tener una segunda opinión).

Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).

Copago de **\$0** por cada artículo cubierto por Medicare.

Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--------------------------|--|
|--------------------------|--|

Atención médica de emergencia

La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:

- Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.
- Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.


Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.

Copago de **\$0** por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.


Si recibe atención para pacientes internados en un hospital del plan o fuera del plan dentro de las horas posteriores a la estabilización de su afección de emergencia, su costo es un coseguro del **0 %** para la atención de emergencia.

Si recibe atención de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes internados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe recibir su atención para pacientes internados en el hospital que no forma parte de la red autorizado por el plan y su gasto es el costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.

Coseguro del **17 %** para atención de emergencia en todo el mundo; **\$10,000** máximo anual.

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p>Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>Senior Care Plus ofrece una afiliación de gimnasio en gimnasios seleccionados dentro de nuestra área de servicio para los miembros activos que estén inscritos en el plan <i>Senior Care Plus Extensive Duals</i>. 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.</p> | <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los miembros elegibles para el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>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 miembros 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.</p> | <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los miembros elegibles para el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p>Servicios para el cuidado de la audición</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando se obtienen de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes de audición de rutina: un examen por año• Audífonos: hasta dos audífonos por año.• Evaluaciones de ajuste de audífonos: una evaluación/ajuste de audífonos por año <p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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) <p>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.</p> | <p>Exámenes de audición cubiertos por Medicare: copago de \$0</p> <p>Servicios de audición no cubiertos por Medicare:</p> <p>Examen de audición de rutina: copago de \$0</p> <p>Ajuste y evaluación de audífonos: copago de \$0</p> <p>Audífonos: copago de entre \$495 y \$1,970 (dos audífonos por año).</p> <p>Los copagos varían según el nivel de tecnología seleccionado.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo. | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p> |
| <p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita atención médica a domicilio y solicitar que dichos servicios de atención médica a domicilio sean provistos por una agencia de atención médica a domicilio. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios médicos y sociales.• Equipos y suministros médicos. | <p>No hay coseguro ni copago por visita de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención.• La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero.• Supervisión remota.• Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. | <p>Copago de \$0 por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p>Atención médica para pacientes terminales</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico para pacientes con enfermedades</p> | <p>Cuando se inscribe en un programa de servicios para pacientes con enfermedades 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</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p>terminales puede ser un proveedor que forma parte de la red o un proveedor que no forma parte de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.• Atención de alivio a corto plazo.• Atención a domicilio. <p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si elige permanecer en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p>En el caso de los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que estén relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare pague. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p>En el caso de 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 emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibir el servicio, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. | <p>lugar del plan Senior Care Plus Extensive Duals.</p> <p>Copago por visita al consultorio del PCP o especialista para servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales</p> |

Servicio cubierto

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.


- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido conforme a Original Medicare.

En el caso de los servicios cubiertos por el plan Senior Care Plus Extensive Duals, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: el plan Senior Care Plus Extensive Duals 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 paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.

En el caso de medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio por enfermedad terminal, entonces 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. Consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 para obtener más información.

Nota: Si necesita atención médica que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.



| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|---|
| <p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias.• Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.• Vacunas contra la COVID-19.• Otras vacunas si está en riesgo y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.</p> <p><i>Las demás vacunas requieren autorización previa (aprobación por adelantado)</i></p> | <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la pulmonía, la gripe/influenza y la hepatitis B.</p> |
| <p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería permanentes.• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).• Medicamentos.• Análisis de laboratorio. | <p>Copago de \$0 para los días 1 a 6. A partir del día en que es admitido.</p> <p>Copago de \$0 para los días 7 a 90.</p> <p>\$0 por días adicionales en el hospital.</p> <p>Para la atención hospitalaria para pacientes internados, se aplicará el costo compartido antes descrito cada vez que lo</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Radiografías y otros servicios radiológicos.• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.• Costos de la sala de operaciones y de recuperación.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.• Servicios para el tratamiento por abuso de sustancias controladas para pacientes hospitalizados• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si el <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i> proporciona servicios de trasplante en un lugar distinto al 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.• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre.• Servicios médicos. <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> | <p>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.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> | |
| <p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.• 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 una unidad psiquiátrica de un hospital general. <p>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.</p> <p>Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de trasplante con proceso de evaluación requieren autorización previa (aprobación por anticipado) para tener cobertura | <p>Copago de \$0 para los días 1 a 6. A partir del día en que es admitido.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90 por atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare en un hospital psiquiátrico del plan. Sus costos comienzan a aplicarse el día en que es admitido.</p> <p>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</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| | <p>cada hospitalización, tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de conformidad con las reglas del plan.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p>Estadía para pacientes hospitalizados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes internados no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos.• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.• Vendajes quirúrgicos.• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.• Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no | <p>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.</p> <p>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</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <p>funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente.• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. | <p>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.</p> <p>Es posible que deba pagar hasta el copago máximo de atención para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios.</p> <p>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.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis), o que hayan sido sometidas a un trasplante renal cuando sean referidas por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico 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.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p> |
| <p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> |

Servicio cubierto

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.

Medicamentos de la Parte B de Medicare

La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de médicos, en un hospital como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio.
- Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria).
- Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.
- El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué exámenes por imágenes y análisis puede necesitar como parte del tratamiento.
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.


Coseguro del **0%** del costo para medicamentos recetados y medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare.

Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.

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,

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre.• Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas.• Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare• Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. | <p>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</p> <p>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); por lo tanto, no se computan para su máximo de bolsillo de la Parte D de Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos.• Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy glicol-epoetin beta)• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.• Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas). <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D y se indican las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> | |
| <p> Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de Tratamiento para Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).• Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde).• Asesoramiento sobre consumo de sustancias.• Terapia individual y grupal• Pruebas toxicológicas• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas | <p>Copago de \$0 por cada servicio del programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías.• Radioterapia (con radio e isótopo) incluidos suministros y materiales técnicos.• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.• Análisis de laboratorio.• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. | <p>Usted paga un copago de \$0 por las radiografías cubiertas por Medicare. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias radiografías.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las visitas de radioterapia cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|---|
| <p>Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica los indica para tratar un problema médico.• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. <p><i>La radioterapia requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.</i></p> | <p>suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Sus copagos por Servicios para la médula ósea variarán según el tipo y el centro donde se preste el servicio.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Este copago no se aplica a las extracciones de sangre ni a las pruebas de índice internacional normalizado (pruebas de anticoagulantes).</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los estudios del sueño y las pruebas de estrés cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las tomografías computarizadas, los estudios vasculares y las pruebas de capacidad respiratoria cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por imágenes por resonancia magnética,</p> |

Servicio cubierto

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.

tomografías por emisión de positrones y medicina nuclear.

Usted paga un copago de **\$0** por tiras reactivas de INR y análisis genéticos especializados.

Usted paga un copago de **\$0** por los servicios de hematología cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de **\$0** por los ECG, incluidos los ECG previos a una cirugía.

Usted paga un copago de **\$0** por densitometría ósea, escaneo de retina, espirometría, DPN y prueba Quantiflo.

Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias pruebas. Si varios proveedores le prestan distintos servicios, se aplicará un costo compartido por separado.

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por 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 un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> | <p>Copago de \$0 por cada servicio de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">•Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.•Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.•Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.•Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.•Suministros médicos como entablillados y yesos.•Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por 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 un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> | <p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o un hospital para pacientes ambulatorios para servicios hospitalarios.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> | <p>Copago de \$0 por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> | <p>Copago de \$0 por cada visita de terapia ocupacional/fisioterapia y terapia del habla/del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|---|
| <p>Servicios para el trastorno por uso de sustancias</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo 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.</p> <p>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 de trastorno por consumo de sustancias, o que requieran tratamiento, pero no necesiten la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se prestan en una hospitalización.</p> <p>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.</p> | <p>Copago de \$0 por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor para saber si usted será un paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido de una cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago 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</p> |

Servicio cubierto

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.

quirúrgico para pacientes ambulatorios.

Consulte “Prueba de detección colorrectal” en este cuadro para conocer el costo compartido que debe pagar por los procedimientos de prueba 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.

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| | <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> <p>Puede haber costos compartidos separados para los honorarios profesionales.</p> |
| <p>Medicamentos de venta sin receta (OTC) y suministros</p> <p>Su cobertura incluye artículos, medicamentos y productos de venta sin receta.</p> <p>Puede hacer el pedido: En línea: visite SeniorCarePlus.nationsbenefits.com</p> <p>Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia de los Miembros de NationsBenefits al (877) 200-4189 (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Por correo: complete y envíe el formulario de pedido en el catálogo de productos NationsBenefits/Senior Care Plus.</p> | <p>Tiene una asignación de \$205 cada trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta sin receta aprobados por el plan.</p> <p>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.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|---|
| <p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Hospitalización parcial</i> 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, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist's, LMFT) o consultorio de un consejero profesional autorizado y que es una alternativa para la hospitalización como paciente internado.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consultorio de un consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.</p> | <p>Copago de \$0 para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> <p>Copago de \$0 por servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS)</p> <p>Su cobertura incluye la cobertura de un sistema personal de respuesta ante emergencias y el monitoreo mensual en el hogar del miembro cuando el Plan lo organiza con NationsResponse.</p> <p>Puede hacer su pedido por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia del Miembro de NationsResponse al (877) 200-4189 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., excepto los días feriados.</p> | <p>Copago de \$0 para servicios PERS</p> |

Servicio cubierto

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.

Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación.
- Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.
- Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su PCP, 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 recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud.
- Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un

Copago de **\$0** por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.

Copago de **\$0** por cada visita al consultorio de un especialista cubierto por Medicare.



Si el servicio de atención primaria o de un médico especialista se proporciona en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital para pacientes ambulatorios, es posible que se aplique un costo compartido adicional.

No se requiere una derivación de su PCP para consultar a un especialista del plan.

Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <p>hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias.• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente.• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si es que:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.• 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:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y | |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.● Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. | |
| <p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).● Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. | <p>Copago de \$0 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</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p>Comidas posteriores al alta hospitalaria*</p> <p>Beneficio de comida posterior al alta disponible para los miembros elegibles después del alta de un centro para pacientes hospitalizados, como un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada. El beneficio incluye hasta 2 comidas por día durante 7 días entregadas en el hogar del miembro después del alta de un centro para pacientes hospitalizados con un máximo de 1 semana por alta.</p> | <p>Copago de \$0 por servicios de comidas posteriores al alta</p> |
| <p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamento oral o inyectable de PrEP aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectar el medicamento.• Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses.• Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses. <p>Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p> |
| <p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tacto rectal.• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p>Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte <i>Servicios para la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más información.</p> | <p>Coseguro del 0% del costo por cada dispositivo protésico y suministro relacionado cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por controles de marcapasos</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros 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.</p> | <p>Copago de \$0 por visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--------------------------|--|

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 miembros 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:

- 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

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.nationsbenefits.com. Los dólares de recompensa pueden canjearse en cualquier momento siempre y cuando usted sea un miembro activo de Senior Care Plus.



Este beneficio no reemplaza sus beneficios independientes actuales y está diseñado para recompensar a los miembros 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.

No hay copago ni coseguro para el programa Healthy Rewards.


Es posible que se aplique un copago de diagnóstico o del consultorio.

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|---|
| <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un Asesor de Experiencia del Miembro al 877 200-4189 (TTY:711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>También puede encontrar más información en www.SeniorCarePlus.com.</p> | |
| <p> Exámenes de detección y terapia para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> |
| <p> Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son 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 para una LDCT durante una visita de asesoramiento, detección y toma de decisiones compartida de 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.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p> |


| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|---|
| <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT: los miembros deben recibir una orden para la prueba 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 no médico calificado elige realizar una visita de asesoramiento, detección y toma de decisiones compartidas de cáncer de pulmón con LDCT más adelante, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare.</i></p> | |
| <p>Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo indica y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">•Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas.•Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.•Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.</p> | <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de la hepatitis C cubiertas por Medicare.</p> |
| <p>Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para</p> |


| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p>También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento de conducta de alta intensidad, individuales, de 20 a 30 minutos, por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p> | <p>prevenir las cubiertas por Medicare.</p> |
| <p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance).• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial).• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). | <p>Coseguro del 0 % por servicios de diálisis de alquiler cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para educación sobre enfermedad renal cubierta por Medicare.</p> <p>Los tratamientos de diálisis mientras es paciente hospitalizado se incluyen en el copago de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|---|
| <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p> | |
| <p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que algunas veces suele denominarse SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería especializada.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. | <p>Coseguro del 0 % por día para los días 1 a 20.</p> <p>Coseguro del 0 % por día para los días 21 a 100.</p> <p>Usted está cubierto durante 100 días para cada período de beneficios.</p> <p>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</p> |

| <p>Servicio cubierto</p> | <p>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.</p> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, la atención en los SNF la recibe en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. | <p>cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p> Servicios para dejar de fumar (terapia para dejar de fumar)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios e internados que cumplen con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. <p>Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p>Ejercicio terapéutico supervisado (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación.• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico.• Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p> | <p>Copago de \$0 por ejercicio terapéutico supervisado cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p>Servicios de transporte</p> <p>Para programar los servicios de transporte, comuníquese con Servicio al Cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003.</p> <p>El beneficio de servicios de transporte se limita a 36 viajes de ida O BIEN a \$1,250 en gastos anuales totales de viaje, lo que ocurra primero.</p> | <p>Copago de \$0 por viaje a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.</p> <p>Máximo de gastos de viaje anuales de \$1,250.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|---|--|
| <p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p> <p>Esta cobertura está disponible en todo el país con un máximo anual de \$10,000.</p> | <p>Copago de \$0 por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> <p>Copago de \$0 por visitas de atención de urgencia móvil contratadas</p> |
| <p> Servicios para la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. | <p>Copago de \$0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista).</p> <p>Coseguro del 17 % del monto aprobado por Medicare por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular.</p> |

| Servicio cubierto | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio. |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía).• Un (1) examen de la vista de rutina por año. <p>Cantidad asignada que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto por año.</p> | <p>Copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina anual.</p> <p>Asignación de hasta \$400 cada año que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> |
| <p> Visita preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre una sola vez la visita <i>preventiva Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertas pruebas de detección y vacunas) y derivaciones para otro tipo de atención, en caso de ser necesario.</p> <p>Importante: Nosotros cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> únicamente durante los primeros 12 meses desde su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, comunique al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> | <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> |
| <p>Cuidado de las heridas</p> <p>Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura de 12 visitas por año calendario. Todas las terapias biológicas para la piel y el tratamiento hiperbárico para heridas requieren autorización previa para tener cobertura.</p> | <p>Copago de \$0 por cada visita de terapia para heridas cubierta por Medicare.</p> |

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera del plan Senior Care Plus Extensive Duals

Los siguientes servicios no están cubiertos por el *plan Senior Care Plus Extensive Duals*, pero están disponibles a través de Medicaid:

| Beneficio | Nevada Medicaid | Plan Extensive Duals (HMO D-SNP) |
|--|---|---|
| Análisis conductual aplicado | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Servicios de audiología | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Cobertura limitada de Medicare |
| Administración de casos | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura |
| Clínica de salud conductual comunitaria certificada | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Dental | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Cobertura limitada de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Equipo médico duradero y suministros y suplementos desechables | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Centros de salud con calificación federal | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |

| Beneficio | Nevada Medicaid | Plan Extensive Duals (HMO D-SNP) |
|---|---|---|
| Programa de niños saludables | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Plan estatal basado en el hogar y la comunidad, opción de atención médica diurna para adultos y servicios de rehabilitación | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Exención basada en el hogar y la comunidad para la vida asistida | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Exención basada en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades intelectuales | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Exención basada en el hogar y la comunidad para adultos mayores dependientes | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Agencia de atención médica a domicilio | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Cobertura limitada de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Centro para pacientes con enfermedades terminales | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Cubierto por Original Medicare |
| Servicios hospitalarios | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |

| Beneficio | Nevada Medicaid | Plan Extensive Duals (HMO D-SNP) |
|--|---|---|
| Salud indígena | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Servicios de laboratorio | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Tratamiento asistido con medicamentos | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Cobertura limitada de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Servicios de salud mental y abuso de alcohol y sustancias | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Centros de enfermería | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Los servicios no especializados no cuentan con la cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Servicios oculares | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Cobertura limitada de Medicare. |

| Beneficio | Nevada Medicaid | Plan Extensive Duals (HMO D-SNP) |
|-------------------------------------|---|---|
| | | Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Servicios de atención personalizada | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Servicios médicos. | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Medicamentos recetados | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Cubiertos por los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare cuando están en el formulario del plan. Pueden aplicarse copagos de subsidios por bajos ingresos (LIS, en inglés). Medicamentos de la Parte B de Medicare sujetos a las pautas de cobertura de Medicare. |
| Servicio de enfermería particular | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |
| Servicios de radiología | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Servicios médicos escolares | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |

| Beneficio | Nevada Medicaid | Plan Extensive Duals (HMO D-SNP) |
|---|---|---|
| Servicios de telesalud | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Terapia | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Servicios de transporte | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional. |
| Exención para personas con discapacidades físicas | Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad. | Sin cobertura de Medicare |

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están excluidos por Medicare.

El cuadro que aparece a continuación muestra los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan de ningún modo o están cubiertos por nuestro plan únicamente en condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o 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 6.3 del Capítulo 9).

| Servicios que Medicare no cubre | Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas |
|--|---|
| Acupuntura | Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias |
| Cirugía o procedimientos cosméticos | 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 |
| Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse | No cubiertos en ninguna situación |
| Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son 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 (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3). |
| Cargos que cobran por la atención provista por sus familiares cercanos o miembros de su familia | No cubiertos en ninguna situación |
| Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar | No cubiertos en ninguna situación |
| Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el | No cubiertos en ninguna situación |

| Servicios que Medicare no cubre | Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas |
|---|--|
| hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas livianas | |
| Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos) | No cubiertos en ninguna situación |
| Atención dental que no sea de rutina | Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios |
| Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies | Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético |
| Artículos personales en su habitación del hospital o del centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor | No cubiertos en ninguna situación |
| Habitación privada en un hospital | Cubierto solo cuando es médicamente necesario |
| Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta | No cubiertos en ninguna situación |
| Atención quiropráctica de rutina | Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación |
| Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión | Un par de anteojos con marcos estándares (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas con implanta una lente intraocular |
| Cuidado de rutina de los pies | Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes) |
| Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare | No cubiertos en ninguna situación |

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos y están recibiendo la Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si usted está inscrito en un programa de Ayuda adicional, **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 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* [Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos]), que contiene información acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este inserto, llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*. (Los números de teléfono de Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos y los beneficios de medicamentos en hospicios de la Parte B de Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta. Comuníquese con Nevada Medicaid para obtener más información sobre lo que está cubierto en dicho programa. La información de contacto figura en la Sección 6 del Capítulo 2.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) le emita una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (<https://www.seniorcareplus.com/directories/>) o llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos 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 dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* <https://www.seniorcareplus.com/directories/> o llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.

Nuestro servicio de pedido por correo del plan requiere que usted pida **un suministro de 100 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, puede llamar a Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada).

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 Servicio al Cliente tan pronto como sea posible.

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada

vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

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. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si el 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 medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su medicamento con receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

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

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando reciba un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que disminuyan los costos compartidos. El plan ofrece 2 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 aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a 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, usted deberá 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 al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- 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.

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total en el momento en que surta su medicamento con receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Sección 3.1 La Lista de medicamentos nos dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos**.

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos solo incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y se use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que cumple con *cualquiera* de las siguientes condiciones:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan con la misma eficacia. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este manual).

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Consulte la Sección 7 para obtener más información).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).
- La Lista de medicamentos no enumera los medicamentos recetados que solo están cubiertos por Medicaid. Comuníquese con Nevada Medicaid para obtener información sobre los medicamentos recetados cubiertos por su plan de Nevada Medicaid.

Sección 3.2 *Existen cinco (5) niveles de costo compartido 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 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel, 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 preferidos.
- El nivel 4 de costos compartidos incluye los medicamentos no preferidos.
- El nivel 5 de costos compartidos incluye los medicamentos especializados; es el nivel más alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. En el Capítulo 6, se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos por vía electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.seniorcareplus.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

- Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, para ver un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber qué puede hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

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 autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Probar primero un medicamento distinto

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Límites que rigen la cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Existen situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debe tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O bien, una versión genérica del medicamento puede tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que cree que debería ser.

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 5.1 para saber qué puede hacer al respecto.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir a nuestro plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

A fin de ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de ser miembro de nuestro plan.
- **Si estaba en nuestro 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 proveer un suministro máximo de **30 días** del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y que se encuentran en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de **31 días** de emergencia de un medicamento específico, o menos si la receta médica es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- 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 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

En el período durante el cual use un suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro 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 que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que toma se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para asegurar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede realizar ciertas sustituciones inmediatas de medicamentos genéricos y biosimilares: *Para reemplazar de inmediato los medicamentos de marca o productos biológicos con, respectivamente, nuevos medicamentos genéricos autorizados o terapéuticamente equivalentes, productos biológicos intercambiables o productos biológicos sin marca (o para cambiar el nivel o las restricciones, o ambos, aplicados si el medicamento relacionado permanece en el formulario), los patrocinadores del plan que de otro modo cumplan con los requisitos deben incluir este texto:*

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento será en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor y “en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor y” con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si toma el medicamento que quitamos o sobre el que realizamos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos será en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor y “en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor” y con las mismas o menos restricciones.

- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Retirada de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Realización de 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, nos basamos en los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le 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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

medicamento cuando se realiza 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:

- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto en el caso de 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 o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

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 toma que le afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si Medicaid también excluye el medicamento excluido por nuestro plan, usted debe pagarlo por su cuenta.

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre en virtud de la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir una *indicación no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre los Medicamentos del Servicio de Formulario de los Hospitales Estadounidenses) y el Micromedex DRUGDEX Information System (Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex). *Uso para una indicación no autorizada* hace referencia a cualquier uso del medicamento que no se indique en la etiqueta del medicamento como aprobado por la FDA.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante exija como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan (que puede encontrarse en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por su medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Si usted no tiene su información de miembro de nuestro plan, usted o su farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo retire**. Luego, puede **solicitarnos un reembolso**. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, 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 Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Si es un residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para comprobar si la farmacia de su LTC o la farmacia que este usa forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si se encuentra en un centro de hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para que los miembros usen los medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con quienes están autorizados a darle las recetas, si decidimos que el uso de los medicamentos opioides con receta o benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de parte de determinada persona autorizada para darle recetas.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa programas que puede(n) ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro Un programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es Estos programas son voluntario(s) y gratuito(s). Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. 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 está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con recetas que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa o estos programas, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.seniorcareplus.com), el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos y están recibiendo la Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si recibe la Ayuda adicional, **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 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* [Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos]), que contiene información acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este inserto, llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra 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 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre 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 gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago de sus medicamentos realizado por la Ayuda adicional de Medicare, planes de salud del empleador o del sindicato, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) haya gastado un total de \$2,100 en costos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de bolsillo

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

- Su prima mensual del plan
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Los pagos realizados por determinados planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA), para sus medicamentos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las indicadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Cómo realizar el seguimiento de sus gastos de bolsillo totales

- La *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) de la *Parte D* que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha abandonado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros del *plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)*

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme al *plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)*. La cantidad que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga dicho medicamento o un resurtido de este. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: 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 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que efectúa cuando los obtiene en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** es el monto que pagó. Esto incluye lo que usted paga cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por parte de la Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de un sindicato o empleador, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Total de costos de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de

los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Alternativas disponibles de medicamentos con receta de menor costo.** Muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando surta una receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por los medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hagan en su nombre.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen

en cuenta en los costos que paga de su 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 las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos 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 algo o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY llaman al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si usted recibe Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

- No pagará un deducible
- --o-- Pagará un deducible de \$104 o \$615.

Consulte el folleto por separado (la Cláusula LIS) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe Ayuda adicional, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de suministro para medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado sus medicamentos, usted abandona la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan cuenta con cinco (5) niveles de costos compartidos

Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos del plan pertenece a alguno de los niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- 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 preferidos.
- El nivel 4 de costos compartidos incluye los medicamentos no preferidos.
- El nivel 5 de costos compartidos incluye los medicamentos especializados; es el nivel más alto.

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

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista que forma parte de la red.
- Una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- 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 farmacias* de nuestro plan.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

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

Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

| Nivel | Costo compartido minorista estándar (suministro de hasta 30 días) | Costo compartido de pedido por correo estándar (suministro de hasta 100 días) | Costo compartido de la atención a largo plazo (LTC, en inglés) (suministro de hasta 31 días) | Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro de hasta 30 días) |
|--|---|---|--|--|
| Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) | \$0 - \$5.10 por receta médica** | \$0 - \$5.10 por receta médica** | \$0 - \$5.10 por receta médica** | \$0 - \$5.10 por receta médica** |
| Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos) | \$0 - \$5.10 por receta médica** | \$0 - \$5.10 por receta médica** | \$0 - \$5.10 por receta médica** | \$0 - \$5.10 por receta médica** |
| Costo compartido del nivel 3 (medicamentos de marca preferida) | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** |
| Costo compartido del nivel 4 (medicamentos de marca no preferida) | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** |
| Costo compartido del nivel 5 (medicamentos de especialidad) | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** |

****El monto que usted paga se determina mediante la receta cubierta por la Parte D y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su Cláusula adicional LIS para conocer el monto específico que paga.**

Para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para 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 usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 90-100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

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

Sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 90-100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

| Nivel | Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días) | Costo compartido de pedidos por correo (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días) |
|--|--|---|
| Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) | \$0 - \$5.10 por receta médica** | \$0 - \$5.10 por receta médica** |
| Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos) | \$0 - \$5.10 por receta médica** | \$0 - \$5.10 por receta médica** |
| Costo compartido del nivel 3 (medicamentos de marca preferida) | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** |
| Costo compartido del nivel 4 (medicamentos de marca no preferida) | \$0 - \$12.65 por receta médica** | \$0 - \$12.65 por receta médica** |
| Costo compartido del nivel 5 (medicamentos de especialidad) | 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 |

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo en el año alcanzan los \$2,100

La *EOB de la Parte D* que reciba lo 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. No todos los miembros llegarán al límite de \$2,100 que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año

calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.
- En el caso de los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga [X].

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es el costo de **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos para las vacunas de la Parte D dependen de 3 elementos:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

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 u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O un 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 la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para las vacunas de la Parte D, deberá pagar a la farmacia el copago de la vacuna en sí, que incluye el costo por administrarla.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier copago para la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.

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

- Para las otras vacunas de la Parte D, deberá pagar a la farmacia el copago de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, luego puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos una factura de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos: usted no debe recibir ninguna factura por concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos dicha factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le haga una devolución de dinero (la devolución de dinero suele denominarse **reembolso**). Es su derecho obtener un reembolso por parte del plan siempre que haya pagado los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o por más que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura de servicios médicos o medicamentos cubiertos**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**

- Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.
- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, solicítenos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted cree que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan a usted que pague más que su parte del costo.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen otros cargos adicionales, denominados **facturación de saldos**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que cobra por un servicio.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le reembolsemos por sus servicios cubiertos *O* por la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según el plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 hagamos un reembolso. Deberá enviarnos documentos como recibos y facturas para que gestionemos el reembolso.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene la tarjeta de miembro de nuestro plan con usted

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico, a fin de reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería tener cobertura, pagaremos el costo del servicio o medicamento. Si rechazamos

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura de servicios médicos o medicamentos cubiertos

su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (SeniorCarePlus.com) o llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios pueden llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta 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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos el servicio o medicamento. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso por correo postal. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si aún no pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le expliquen las razones por las que no le estamos enviando el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 **We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)**

Debemos proporcionar la información de una manera que funciona para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en grandes impresión u otros formatos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean el inglés, incluido el español y en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si es necesario. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que funcione para usted, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para recibir este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 un reclamo ante 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 ante 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 de nuestro 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. No le pedimos que obtenga una derivación para ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de una cantidad de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza 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 de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean 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*

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.

- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Puesto que es un miembro de nuestro plan por medio de Medicare, tenemos la obligación de darle a Medicare información de salud sobre usted que incluye información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare difunde su información para investigaciones u otros usos, esto se llevará a cabo según los estatutos y regulaciones federales. En general, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

Puede tener acceso a la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Estamos obligados a proporcionarle información acerca de nuestro plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro del plan *Senior Care Plus Extensive Duals*, tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre proveedores y farmacias que forman parte de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos 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 el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en la toma de decisiones acerca de su atención

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de 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*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. 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 **directivas anticipadas**. Los documentos llamados **testamentos en vida** y **poderes para decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Es usted quien decide si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar alguna cuando se encuentre en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

Si no se respetan sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones, puede presentar una queja ante la Junta de Examinadores Médicos o la Junta de Medicina Osteopática del Estado de Nevada para médicos y osteópatas, respectivamente.

| | |
|--|--|
| Junta de Examinadores Médicos 1105 Terminal Way, Suite 301 Reno, Nevada 89502 775-688-2559 De 8:00 a.m. a 5:00 p.m. De lunes a viernes | Junta de Medicina Osteopática del Estado de Nevada 2275 Corporate Circle, Suite 210 Henderson, NV 89074 877-325-7828 De 8:00 a.m. a 5:00 p.m. De lunes a viernes |
|--|--|

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones

Si tiene algún problema, inquietud o queja y tiene que solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que 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 Si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, género, estado de salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

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 de estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente de nuestro plan al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 775-982-3112 o al número gratuito 1-888-775-7003.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 775-982-3112 o al número gratuito 1-888-775-7003.
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: [Medicare Rights & Protections](#)).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- **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 y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos 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 la tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y seguir las instrucciones sobre su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de nuestro plan.
 - Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D porque sus ingresos son más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de miembro al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

Derechos y responsabilidades**Como miembro, usted tiene derecho a:**

- 1. Derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.**
- 2. Derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.**
- 3. Derecho a participar con profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.**

- 4. Mantener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.**
- 5. Derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que proporciona.**
- 6. Derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.**
- 7. Responsabilidad de proporcionar la información (en la medida de lo posible) que la organización y sus médicos y proveedores necesitan para brindar atención.**
- 8. La responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con sus médicos.**
- 9. Asumir la responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.**

Nuestra filosofía de atención médica

Representamos una filosofía de atención médica que enfatiza las colaboraciones activas entre los miembros y sus médicos. Creemos que los miembros deben recibir la atención adecuada, en el momento adecuado y en el entorno adecuado. Creemos que trabajar con las personas para mantenerlas saludables es tan importante como ocuparse de su bienestar.

Valoramos la prevención como un componente clave del cuidado completo: reducir los riesgos de enfermedades y ayudar a tratar problemas pequeños antes de que puedan volverse más graves. Estamos comprometidos con altos estándares de calidad, servicio y ética profesional, y con el principio de que los miembros son nuestra prioridad.

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para abordar sus problemas depende de 2 factores:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, usted deberá recurrir al **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas reclamos).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y ayuda personalizada**

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudar:

Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para obtener más información y ayuda con el manejo de un problema, también puede comunicarse con Medicaid. A continuación, se mencionan dos formas en las que podrá obtener información directamente de Medicaid:

| Método | Nevada Medicaid |
|--------------|--|
| LLAME | 877-638-3472 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. |
| TTY | 711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

| Método | Nevada Medicaid |
|----------------------|--|
| Correo postal | Nevada Medicaid 1100 East William Street Suite 101 Carson City, NV 89701 |
| Sitio web | https://dhcfp.nv.gov/ |

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que se utilizará depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicare, utilice el proceso de Medicare. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicaid, utilice el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid**.

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare**¿Tiene algún problema o alguna inquietud con respecto a sus beneficios o cobertura?**

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**Sí.**

Consulte la **Sección 5, Guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que el médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo 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 una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué es lo que está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, 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, usted puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada sobre una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo 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 en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles de apelación adicionales (este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Sección 5.1 Obtenga ayuda para una decisión de cobertura o para presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.seniorcareplus.com). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

a una 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 u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. No obstante, **no está obligado a contratar a un abogado** para pedir una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 6** - Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9:** 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 información se aplica a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, aplican reglas diferentes a una solicitud para un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué aspectos las reglas correspondientes a los medicamentos de la Parte B difieren de las reglas para artículos y servicios médicos.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de 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 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios 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. Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría afectar de forma grave su salud o perjudicar su capacidad de recuperar una función.

Si su médico nos informa que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionar 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 en la que:

- Se explique que usaremos los plazos estándares.
- Se explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Se explique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionar 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.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. 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 los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

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

- **No obstante**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como 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 rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración**.

Una apelación rápida también se llama **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se presenta dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2 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 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo 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.** Se nos permite cobrar un cargo por hacer las copias y enviarle esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o 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 daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales **si está solicitando un artículo o servicio médico**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si se trata de un medicamento de la Parte B.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud**, le enviaremos 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 estándares, debemos responderle **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento 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 informaremos nuestra decisión antes si su condición así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
 - Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- **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 6.4 El Nivel 2 del proceso de apelación**Término legal:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE** (Independent Review Entity).

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 determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina su **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente 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 independiente 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su 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 independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan 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:
 - Explique la decisión.
 - Le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir con la apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 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 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No pague la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si no aprobamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informe que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 6.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 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

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, 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* en cada oportunidad. 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 normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explique cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

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 con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicitarnos que le realicemos un reintegro. Sección 7.4**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción**Términos legales:**

Pedirnos la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido se denomina una **excepción de nivel**.

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 o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, encontrará 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona autorizada a dar recetas, pueden pedirnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no aparezca en nuestra Lista de medicamentos.** Si estamos de acuerdo en 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* para medicamentos de marca. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

eximir una restricción, puede pedir una excepción al monto de costo compartido 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 uno de los niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda 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 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 sea genéricas o de marca para tratar su afección.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel 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 7.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones**Su médico nos debe informar los motivos médicos**

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, nuestra 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 da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

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

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: 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 de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarles de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas 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 de la persona autorizada a dar recetas, 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 en la que:
 - Se explique que usaremos los plazos estándares.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- Explique que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Le indique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.seniorcareplus.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien 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 o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera 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.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde 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. Además, le diremos cómo puede apelar.

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.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, 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 acordamos proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar.

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 este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, 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. Además, le diremos cómo puede apelar.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación presentada a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Una apelación estándar generalmente se presenta dentro de los 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico, o la persona autorizada a dar recetas, tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar 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 888-775-7003.** 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, en inglés)*, que está disponible en nuestro sitio web seniorcareplus.com. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo 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. Se nos permite cobrar un cargo por hacer las copias y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

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 daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándares, debemos responderle **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación,

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura con la rapidez que su salud exija, como máximo, a 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 este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, 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. Además, le diremos cómo puede apelar.

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 enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 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** (sigla en inglés).

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 determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

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 de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina su **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- 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 solicitud a la entidad de revisión independiente.
- Le enviaremos a la Organización de Revisión Independiente la información sobre su apelación. Esta información se denomina su **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.** Se nos permite cobrar un cargo por hacer copias y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

- 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 requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Fechas límite para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe comunicarle su 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 aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente 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 su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **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 independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **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 independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente 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 se denomina **defender la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir con la apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los 2 días calendario 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 que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y consulte en caso de no entenderlo. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- 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 legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
- 3. Conserve una copia** del aviso para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
- Si firma el aviso más de dos 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, use el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. 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 la calidad de la atención para personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen 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 busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- 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 este plazo, comuníquese con nosotros.** Si 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.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, 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 indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

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 tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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 independiente es *afirmativa*, **debemos seguir suministrando sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *negativa*, significa que, para ellos, su fecha prevista del 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 independiente *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.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

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 apelación.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

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 pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: 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 su decisión.***Si la organización de revisión independiente 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 tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

En caso de rechazo de la organización de revisión independiente:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

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

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. 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**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura**Término legal:**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

1. **Usted recibe un aviso por escrito**, al menos, 2 días calendario antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **Se le pedirá a usted o a una persona que lo represente que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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 la atención para personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de 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 busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**Actúe rápido:**

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el Aviso de no de cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado pueden encontrarse en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una revisión independiente de su caso.**Término legal:**

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al finalizar el día, los revisores nos informan de su apelación y usted recibirá una *Explicación detallada de 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 recaban 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 brindando sus servicios cubiertos por el plan mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en 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 en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- 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 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

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 pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente 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 necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un abogado adjudicador.

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

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 10.1 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 Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador** 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 una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar 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 tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos 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 usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

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 tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 10.2 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 Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador 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 abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. 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 o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

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 tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

| Queja | Ejemplo |
|--|--|
| Calidad de su atención médica | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| Respeto de su privacidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| Tiempos de espera | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para los Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta. |
| Limpieza | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico? |

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| Información que le brindamos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender? |
| Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones) | Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le respondimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

Sección 11.2 Cómo presentar una queja**Términos legales:**

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja se denomina **presentar un reclamo**.

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para presentar un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).** Si debe hacer algo más, Servicios para los Miembros se lo indicará. Comuníquese con el Servicio al Cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 (solo los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

(excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede hacer su queja por escrito y enviárnosla.** 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 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 Commence Health, BFCC-QIO Program. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 sobre cómo comunicarse con Commence Health).
- 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 por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa 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 tomar días adicionales, se lo notificaremos 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.**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- **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 11.3 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 la *calidad de la atención*, también tendrá 2 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 en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los 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 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca del plan *Senior Care Plus Extensive Duals* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas sobre sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid

Para obtener más información sobre los procedimientos de Medicaid, llame al Servicio al cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

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

- Podría abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su participación porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan al elegir alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado;
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado (si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática); o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicaid a Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Llame a su Oficina Estatal de Medicaid al 877-638-3472 para obtener información sobre sus opciones de planes de Medicaid.
- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

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

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** 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 cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicaid a Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Usted recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Aviso: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Finalizará su participación en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1.º de enero.

Sección 2.3 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

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

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.º mes de adquisición del derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** 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 de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede finalizar su participación durante el Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otro momento 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 obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid

- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **Aviso:** En la Sección 2.1, se brinda más información sobre el período de inscripción especial para las personas inscritas en Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicaid a Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de cobertura de medicamentos: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Su participación finalizará, en general, el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2, se ofrece más información sobre el período de inscripción especial para las personas inscritas en Medicaid y que cuentan con Ayuda adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2026*** (Medicare y usted 2026).
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

| Para cambiar de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
|--|---|
| Otro plan de salud de Medicare | <ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.• Su inscripción en el <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)</i> se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience. |
| Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado. | <ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.• Su inscripción en el <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)</i> se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan de medicamentos comience. |

Para cambiar de nuestro plan a:

Esto es lo que debe hacer:

Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado

- **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Su inscripción en el *plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)* se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Nevada Medicaid, comuníquese con Nevada Medicaid al 877-638-3472, TTY 711. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de *Nevada Medicaid*.

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo los artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Seguir utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados.**
- **Si, el día en que se cancela su membresía, se encuentra internado, 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 Extensive Duals* debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

El plan *Senior Care Plus Extensive Duals* debe cancelar su membresía 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 ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se mudará o hará un viaje largo, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber si el lugar donde viajará o se mudará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si ingresa en la cárcel.
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante *2 meses calendario*
 - Tenemos que notificarle por escrito que tiene *2 meses calendario* para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud

El *plan Senior Care Plus Extensive Duals* 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

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 del Seguro Social y las normativas creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por razones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). 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 por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Conforme a la normativa de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, el *plan Senior Care Plus Extensive Duals*, 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 reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una 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 una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

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 ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente; por eso, las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un 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 del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por

Capítulo 12 Definiciones

otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte elegible en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

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

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*. Entre ellos, se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los períodos de tiempo en el 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, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, 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 su 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. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Costos compartidos: el costo compartido hace referencia al monto que debe pagar el miembro cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) monto del 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 del

Capítulo 12 Definiciones

coseguro, 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 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es cuidado personal en un hogar de cuidados, hospicio u otro entorno de centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Servicio al cliente: Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la participación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Tasa diaria de costo compartido: una tasa diaria de costo compartido puede aplicarse cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes

Capítulo 12 Definiciones

es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 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 recetados antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía 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 empaquetar la receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, 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 o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Personas con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un 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 la pérdida de una función corporal o daños graves en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención médica de emergencia: se refiere a los servicios cubiertos por el plan 1) suministrados por un proveedor habilitado para brindar servicios de emergencia y 2) necesarios para el tratamiento, la evaluación o la estabilización de una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional

Capítulo 12 Definiciones

seleccionada, que explican su cobertura, lo que usted debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en nuestro formulario (una excepción al formulario) 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 medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA y que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

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 disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención médica a domicilio: 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).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de seis meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: 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.

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA, en inglés): 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

Capítulo 12 Definiciones

prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa anterior al momento en sus gastos de bolsillo para el año han alcanzado el monto del umbral de gastos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: cuando sea elegible por primera vez para 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.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un plan de salud único para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad de beneficio completo.

Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a los institucionales (Institutional-equivalent SNP, IE-SNP), SNP institucionales híbridos (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

Plan de necesidades especiales equivalente a los institucionales (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda adicional.

Programa de descuento del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Gasto máximo de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Los montos que paga por las primas del plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y por los medicamentos con receta no se contemplan para el monto máximo de bolsillo. Además del monto máximo de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos un monto máximo de bolsillo para ciertos tipos de servicios. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. **(Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto 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 estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario: Los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro médico destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal 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 miembros de 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 elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta 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 i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization,

Capítulo 12 Definiciones

HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, 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 (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de costos del Programa Medicare – Un plan de costos del Programa Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) o un Plan Médico Competitivo (CMP, en inglés) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

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: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o B de Medicare.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden las 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).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio al cliente: un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la participación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica 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 miembros de nuestro plan. Los proveedores que forman parte de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden adquirirse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Período de inscripción abierta: período del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el cual los miembros pueden cambiar de plan de medicamentos o de salud, o pasar a Original Medicare.

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. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con tarifa por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Capítulo 12 Definiciones

Farmacia que no forma parte de la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un acuerdo con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por nuestro plan, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS, en inglés) para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en la comunidad (en lugar de trasladarlas a un hogar de atención médica especializada) siempre que sea posible. Las personas inscritas en los planes de PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

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. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a su prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos 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. Si pierde la Ayuda adicional, usted puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage con

Capítulo 12 Definiciones

una red de proveedores contratados que aceptaron atender a miembros del plan a cambio del pago de un monto específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

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): 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 de cantidad: recurso administrativo diseñado para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada y específica para inscritos sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los

Capítulo 12 Definiciones

montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Derivación: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del lenguaje y del habla, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más específica a determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes residen en un centro de cuidados o quienes padecen ciertas afecciones crónicas.

Terapia escalonada: recurso de utilización que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su afección antes de que podamos cubrir el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI, en inglés): 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 del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y

Capítulo 12 Definiciones

circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicio al cliente del plan Senior Care Plus Extensive Duals

| Método | Servicio al cliente: Información de contacto |
|----------------------|---|
| LLAME | <p>Senior Care Plus: 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.</p> <p>Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p> |
| TTY | <p>Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.</p> |
| Fax | 775-982-3741 |
| Correo postal | 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 local gratuito sobre seguro médico 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| Correo postal | 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 . |

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.