

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como asegurado del *plan Senior Care Plus Patriot (HMO)*.

Este documento incluye información sobre su cobertura médica de Medicare del 1 de enero al 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:

- Nuestra prima del plan y el costo compartido.
- Nuestros beneficios médicos.
- 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 programa, llame a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden 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 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 77 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 47 para obtener detalles sobre la cobertura).

Senior Care Plus ofrece este plan, el *plan Senior Care Plus Patriot*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el plan *Senior Care Plus Patriot*).

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

ATENCION: 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)

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

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

Los beneficios, 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_Patriot_009_EOC_C

Archivar y usar 10/15/2025

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	4
SECCIÓN 1 Usted es miembro de un plan Senior Care Plus Patriot	4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	5
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la participación	6
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026	7
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan	9
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de participación de su plan	9
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	10
 CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	 12
SECCIÓN 1 <i>Contactos del plan Senior Care Plus Patriot</i>	12
SECCIÓN 2: Cómo recibir ayuda de Medicare	17
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)	18
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	19
SECCIÓN 5 Seguro Social	20
SECCIÓN 6 Medicaid	21
SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)	22
SECCIÓN 8 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	22
 CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos	 23
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	23
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red de nuestro plan para su atención médica	25
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de recibir atención	29
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	31
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	31
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud	33
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero	34

SECCIÓN 8	Cómo solicitar un reembolso médico directo.....	36
 CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar).....		
38		
SECCIÓN 1	Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por el plan	38
SECCIÓN 2	La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	40
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	89
 CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura de servicios médicos cubiertos.....		
92		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios cubiertos	92
SECCIÓN 2	Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que recibió.....	94
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa.....	94
 CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades		
96		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	96
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	102
 CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)		
105		
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud	105
SECCIÓN 2	Dónde conseguir más información y ayuda personalizada	105
SECCIÓN 3	Qué proceso debe utilizar para tratar su problema	106
SECCIÓN 4	Guía para las decisiones de cobertura y apelaciones.....	107
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	110
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto	118
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.....	124
SECCIÓN 8	Cómo seguir con su apelación al Nivel 3, 4 y 5.....	128

SECCIÓN 9	Cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas	130
CAPÍTULO 8:	Finalización de su participación en nuestro plan	134
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su participación en nuestro plan	134
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan?	134
SECCIÓN 3	Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan	136
SECCIÓN 4	Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.....	137
SECCIÓN 5	El <i>plan Senior Care Plus Patriot</i> debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones	138
CAPÍTULO 9:	Avisos legales	140
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	140
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	140
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	141
SECCIÓN 4	Aviso sobre las prácticas de privacidad	141
SECCIÓN 5	Aviso sobre la cesión	149
SECCIÓN 6	Aviso sobre la totalidad del contrato	149
SECCIÓN 7	Aviso sobre la renuncia de corredores de seguros	149
SECCIÓN 8	Aviso sobre la absoluta discreción del plan	150
SECCIÓN 9	Aviso sobre la divulgación	150
SECCIÓN 10	Aviso sobre la información de las directivas anticipadas.....	150
SECCIÓN 11	Aviso sobre la continuidad y la coordinación de la atención.....	152
SECCIÓN 12	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	152
CAPÍTULO 10:	Definiciones	154

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de un plan Senior Care Plus Patriot

Sección 1.1 Usted está inscrito en el *plan Senior Care Plus Patriot*, que es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y elige recibir la cobertura médica de Medicare a través de nuestro plan, el plan *Senior Care Plus Patriot*. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el acceso a costos compartidos y proveedores en este plan es diferente de Original Medicare.

El plan *Senior Care Plus Patriot* es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud), que está aprobado por Medicare y es administrado por una empresa privada. *El plan Senior Care Plus Patriot no incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D.*

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 Patriot* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier notificación que reciba de parte nuestra acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en el *plan Senior Care Plus Patriot* entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan *Senior Care Plus Patriot* 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 Patriot* todos los años. Usted puede continuar obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve su 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.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para el *plan Senior Care Plus Patriot*

El plan *Senior Care Plus Patriot* 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 de nuestro plan. A continuación, se describe el área de servicio.

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

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 (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 salud de Medicare disponible 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 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la participación

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía siempre que obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía:



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 participación del plan *Senior Care Plus Patriot*, 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 (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar el 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* <https://www.seniorcareplus.com/directories/> enumera nuestros proveedores y suministradores actuales de equipo médico duradero de la 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 correspondiente, tendrá que pagar en su 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 Patriot autorice el uso de proveedores que no forman parte de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicio al cliente al (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 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	\$0
Reembolso de la Parte B	\$65
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).	\$2,750
Visitas al consultorio de atención primaria	Copago de \$0 por visita a un PCP preferido por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$10 por visita a todos los PCP no preferidos por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$10 por visita a un centro de atención sin citas.

	Sus costos en 2026
Visitas a consultorios de especialistas	Copago de \$45 por visita
Estadías en hospital para pacientes internados	Centro preferido Copago de \$350 (días 1 a 4) Centro no preferido Copago de \$440 (días 1 a 5)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado por el plan *Senior Care Plus Patriot*.

Las primas de Medicare de la Parte B difieren para las personas con ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026), la sección titulada 2026 Medicare Costs (Costos de Medicare de 2026).

Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare.

Usted tiene que seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, si no es elegible para la Parte A sin prima.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No tenemos permitido cambiar el monto de nuestra 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.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de participación de su 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 y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de participación para saber qué servicios están cubiertos y sus montos de los costos compartidos**. Es por ello que es muy importante que nos 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 (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ingresa 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 participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a nuestro 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 (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

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 para 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 (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 se confirme 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 esta 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 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 cobertura como jubilado, 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 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- 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 los servicios relacionados con cada tipo:

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 *Contactos del plan Senior Care Plus Patriot*

Para obtener ayuda por consultas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente del plan *Senior Care Plus Patriot* al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicio al cliente: Información de contacto

Llamadas

Senior Care Plus: 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003

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 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. los sábados y domingos.

Servicio al cliente, (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.

Llamadas

Nations Hearing: De manera gratuita al 1-(877) 200-4189. TTY 711. Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Las llamadas a este número son gratuitas.

Llamadas

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.

Llamadas

Liberty Dental: Número gratuito, 888-442-3193.

Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico)

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 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. los sábados y domingos.
Fax	775-982-3741
Correo	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
Sitio web	www.seniorcareplus.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica: información de contacto	
Llamadas	Senior Care Plus: 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 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 de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los sábados y domingos. No atendemos los 7 días de la semana todo el año. El Servicio al cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. (No atendemos los 7 días de la semana durante todo el año). 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 de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad), y de 8 a.m. a 8:00 p.m. los sábados y domingos.
Fax	775-982-3741
Correo	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
Sitio web	www.seniorcareplus.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja ante nosotros o ante uno de nuestros proveedores que forman parte de la red, incluida una queja sobre 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 7.

Quejas sobre la atención médica: Información de contacto

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

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que recibió

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 5 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 7 para obtener más información.

Solicitudes de pago: Información de contacto

Llamadas	Senior Care Plus: 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas. (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). 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 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. los sábados y domingos. Servicio al cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). 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 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. los sábados y domingos.
Fax	775-982-3741
Correo	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
Sitio web	www.seniorcareplus.com

SECCIÓN 2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos 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

Llamadas	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
	Las llamadas a este número son gratuitas.
	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048
	Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
	Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Correo	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Medicare: Información de contacto

Sitio web

www.Medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido el costo y los servicios que brindan.
- Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare.
- Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre el plan Senior Care Plus Patriot.

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 (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 conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare.

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

Nevada SHIP: Información de contacto

Llamadas	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	State of Nevada Aging and Disability Services Division 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706
Sitio web	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 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:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener 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 centros 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

Llamadas	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	BFCC-QIO Program PO BOX 2687 Virginia Beach, VA 23450

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare.

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

Seguro Social: Información de contacto

Llamadas	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Utilice 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 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 lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+].)
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos recursos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son beneficiarios de Medicare especificados de bajos recursos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+].)
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con Medicaid de Nevada.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada, División de Servicios de Apoyo y Bienestar, Información de contacto

Llamadas	775-684-0800 u 800-992-0900 (seleccione la opción 2) de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m.
TTY	1-800-326-6888. Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Correo	Nevada Department of Health and Human Services – Division of Welfare and Supportive Services 2533 North Carson Street, Suite 200 Carson City, NV 89706
Sitio web	https://dwss.nv.gov/

SECCIÓN 7 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 beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): Información de contacto

Llamadas 1-877-772-5772

Las llamadas a este número son gratuitas.

Presione “0” para hablar con un representante de la 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.

Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB 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>

SECCIÓN 8 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga 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. Acordamos 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, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica que cubre nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, el plan *Senior Care Plus Patriot* tiene que cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y tiene que seguir sus mismas normas de cobertura de Original Medicare.

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

- **La atención que recibe está incluida en la tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

- **La atención que recibe se considera 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.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe brindarle su aprobación por anticipado (una remisión) 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 remisiones 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 tiene que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. *Existen 3 excepciones:*
 - Nuestro plan cubre emergencias o servicios de urgencia que reciba de un proveedor que no forma parte de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención 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, pagará el mismo monto que pagaría si 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.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga nuestro 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 ser mayor que 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 de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

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

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

Sin embargo, si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP o Senior Care Plus proporcionarán la aprobación por adelantado. En algunos casos, su PCP también deberá obtener la autorización previa (aprobación por adelantado). Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe hacer que se envíen sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Tenga la certeza de que Senior Care Plus se compromete a proteger la privacidad de sus registros médicos y su información 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* de Senior Care Plus o nuestro sitio web: www.SeniorCarePlus.com. Puede visitar nuestro sitio web o llamar a 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. También existe la posibilidad de que su PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro 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 asegurado que incluya el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación del PCP

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye 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 que forma parte de la red.
- Servicios de emergencia prestados por proveedores que forman parte de la red o por proveedores que no forman parte de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) 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. 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.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben 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.

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

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con una parte del cuerpo o con enfermedades específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que tienen afecciones del corazón.
- Los ortopedistas tratan a 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 nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) de la red 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 nuestro 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 visitado 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 visitado 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 y las opciones que tenga disponibles para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio de la red no está disponible o no es adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, llame al Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para que podamos ayudarle a elegir 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 se está administrando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan o ambas opciones. (Consulte el Capítulo 7).

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

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

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

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

Sección 3.1 Obtenga 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 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 y diríjase 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 remisión 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 debe llamarnos para avisarnos sobre la atención médica de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Nuestros números de teléfono se encuentran en su tarjeta de participación.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia cuando el hecho de llegar a una sala de emergencias de cualquier otro modo podría implicar un riesgo para su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención 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 que no forman parte de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores que forman parte de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué 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 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 de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan ofrece servicios de atención de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos cuando sean médicamente necesarios. Para obtener más información acerca de la cobertura de atención de emergencia en todo el mundo, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, igualmente tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

Visite www.seniorcareplus.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede consultar a un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

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

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los 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 5 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, tiene que pagar el costo total

El plan *Senior Care Plus Patriot* 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 una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que ha alcanzado el límite en los beneficios no se contempla para su gasto 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

la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro 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, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si paga 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 PCP lo apruebe, 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 de nuestro 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 (NCD-CED) y exención de dispositivos de investigación (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 no aprobado por Medicare, 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 cubre 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 pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 5.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que debe hacerse un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos para este análisis es de \$20 según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Su pago neto es de \$10 por la prueba, es el mismo monto que paga según los beneficios del plan.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán en ninguno de los siguientes casos:**

- Por lo general, Medicare no pagará 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 las personas inscritas 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*, 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 atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, brindaremos 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 de 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 el tratamiento médico *voluntario y no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o al tratamiento médico *no voluntario u obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

Para que el plan 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 este centro que se le presten en un establecimiento, registrarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o 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.

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

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 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 recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de DME que debe 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. **No obstante, como miembro del plan Senior Care Plus Patriot, 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 asegurado 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 determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar. Incluso si realizó 12 pagos consecutivos por el artículo de DME conforme a Original Medicare antes de inscribirse en el plan, no obtendrá la propiedad independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea asegurado de nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo de DME. 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. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el 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 poseer el 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 Normas 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 Patriot cubrirá:

- El alquiler de equipos de oxígeno.
- La administración de oxígeno y el contenido de oxígeno.

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

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

¿Qué sucede si abandona 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 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 o deja nuestro plan, 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.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Puede encontrar el formulario de reembolso para miembros en el [formulario de reclamación \(hometownhealth.com\)](http://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 y lo que usted paga)

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

La tabla de beneficios médicos indica sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto por el plan como miembro del plan *Senior Care Plus Patriot*. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos que puede llegar a pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que puede llegar a pagar por los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Deducible:** el monto que usted tiene que pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no paga deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. 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 \$2,750.**

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos por el plan que forman parte de la red se contemplan para este monto máximo de gasto de bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$2,750, no deberá pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Sin embargo, 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 1.4 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro del plan *Senior Care Plus Patriot*, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección 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.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores que no forman parte de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene una derivación o para emergencias o servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

La tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre el *plan Senior Care Plus Patriot* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con 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 atención de urgencia o emergencia o si nuestro plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con una nota al pie en el Cuadro de beneficios médicos.
- 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.

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, lea 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).
- Para 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, se aplicará 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.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal 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 remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • dolor que dura 12 semanas o más; • dolor no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • dolor no relacionado con una cirugía, y • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no presenta mejoras o experimenta una regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos (tal como se los define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) podrán brindar acupuntura de conformidad con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners,	Copago de \$30 por visita

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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:

- 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).
- 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.

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).

Máximo de 20 visitas por año del plan

Servicios de ambulancia

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 puede 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 nuestro plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos 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.

Copago de **\$250** por cada viaje en ambulancia terrestre o aérea cubierto por Medicare de ida o de vuelta.

Copago de **\$0** para el transporte entre los centros para pacientes hospitalizados.

Según las pautas de Medicare, los servicios de ambulancia que son de emergencia y los que no son de emergencia están cubiertos en función de la necesidad médica. Si su afección califica para recibir

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	cobertura, pagará el copago antes indicado. Si su afección no cumple con los criterios de Medicare y usted utiliza el servicio de ambulancia, será responsable de todo el costo.
Examen físico anual Un examen realizado por un médico de atención primaria. Se cubre una vez cada 12 meses. Los servicios incluyen los siguientes: • Un examen físico adecuado para la edad y el sexo, que incluye signos vitales y mediciones. • Orientación, asesoramiento e intervenciones de reducción de factores de riesgo. • Administración u orden de inmunización, análisis de laboratorio o procedimientos de diagnóstico.	Por el examen físico anual, usted paga un copago de \$0. Si recibe servicios para solucionar una afección médica durante la misma visita al consultorio, se podría aplicar un costo compartido adicional.
 Consulta de bienestar anual Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva <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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.
 Examen de densidad ósea 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 considera médicamente: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea,	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	
 Examen de detección de cáncer de pecho (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y más. • Un examen clínico de las mamas cada 24 meses. Se utiliza una mamografía de detección para la detección temprana del cáncer de pecho en mujeres que no presentan signos ni síntomas de esta enfermedad. Una vez establecidos los antecedentes de cáncer de pecho, y hasta que ya no haya signos ni síntomas de cáncer de pecho, las mamografías regulares se consideran de diagnóstico y están sujetas a costo compartido, tal como se describe en Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, en este cuadro. Por lo tanto, el beneficio anual de mamografía de detección no está disponible para las aseguradas que presenten signos o síntomas de cáncer de pecho. <i>Es posible que reciba este servicio por su cuenta, sin una derivación de su PCP siempre y cuando lo brinde un proveedor del Plan.</i>	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de examen de detección cubiertas. Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de mamografías de evaluación cuando sea médicamente necesario. Se podría aplicar un copago de \$10 por la visita al consultorio si el servicio no se considera preventivo o si el asegurado se encuentra fuera del límite de edad (más de 40 años) o del límite de uso (1 cada 12 meses).
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y terapia están cubiertos para asegurados que cumplen ciertas condiciones con una derivación del médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$10 por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. Copago de \$15 para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
 Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para la enfermedad cardiovascular

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede repasar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludable.	(tratamiento intensivo para la salud conductual). Se podría aplicar un copago de \$10 por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años. Se podría aplicar un copago de \$10 por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el asegurado supera el límite de uso (una vez cada 5 años).
 Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si 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. <i>Es posible que reciba estos servicios de salud de rutina para mujeres por su cuenta, sin una derivación de su PCP siempre y cuando lo brinde un proveedor del plan.</i>	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Se podría aplicar un copago de \$10 por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el asegurado supera el límite de uso (una vez cada 24 meses).
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	Copago de \$20 por cada visita cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico**

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, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.

El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento.

Copago de **\$0** por cada visita al PCP preferido para el manejo del dolor crónico.

Copago de **\$10** por cada visita al PCP no preferido para el manejo del dolor crónico.

Copago de **\$45** por cada visita a un especialista para el manejo del dolor crónico.

** 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.
- Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y están cubiertos 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 después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la

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

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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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. • 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. Nota: Si tiene antecedentes de cáncer de colon, o le han extirpado pólipos durante una colonoscopia previa, las colonoscopías regulares se consideran de diagnóstico y están sujetas a costo compartido, tal como se describe en el costo compartido de las cirugías para pacientes ambulatorios en este cuadro. Por lo tanto, el beneficio de colonoscopia de detección no está disponible para los asegurados que presenten signos o síntomas antes de la colonoscopia.	
Servicios dentales En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo,	Servicios dentales preventivos y de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Medicare paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de la 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 al trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:

- Servicios dentales preventivos
 - Exámenes bucales
 - Limpiezas
- Servicios de diagnóstico dental
 - Radiografías dentales
- Servicios dentales integrales
 - Servicios no rutinarios
 - Servicios de restauración
 - Servicios de endodoncia
 - Servicios de periodoncia
 - Extracciones
 - Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales

Los servicios de diagnóstico y prevención no se aplican a su límite de cobertura dental.

Servicios dentales integrales: El plan paga hasta **\$1,500** cada año por servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura dental.

Nuestro plan se asocia con LIBERTY Dental Plan para brindarle sus beneficios dentales. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicio al cliente al (888) 442-3193 o buscar en el directorio de proveedores en línea de LIBERTY Dental Plan en www.libertydentalplan.com/SCP. Si elige usar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos.

diagnóstico no cubiertos por Medicare:

- Exámenes bucales: copago de **\$0***
- Limpiezas: copago de **\$0***
- Tratamientos con flúor: Sin cobertura
- Radiografías dentales: copago de **\$0***

Servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare:

- Servicios que no son de rutina: copago de **\$0***
- Servicios de restauración: copago de **\$0***
- Endodoncia: copago de **\$0***
- Servicios periodontales: copago de **\$0***
- Extracciones: copago de **\$0***
- Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales: copago de **\$0***

*Se aplican frecuencias y limitaciones

Algunos servicios están sujetos a revisión para determinar si son necesarios y adecuados en función de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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.	los estándares de la industria y las pautas clínicas de Liberty. Para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos y las frecuencias, visite SeniorCarePlus.com
 Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita de examen de detección de depresión anual. Se podría aplicar un copago de \$10 por la visita al consultorio si el servicio no se considera preventivo o si el asegurado supera el límite de uso (un examen de detección por año).
 Examen de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos 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. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- 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 con ciertas condiciones.

Los dispositivos ortésicos y ortopédicos requieren autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.

Los monitores de glucosa en sangre se proporcionan de forma gratuita.

Coseguro del 20 % del costo de cada artículo de suministro para la diabetes cubierto por Medicare recibido por venta minorista o con servicio de pedido por correo.

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 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 recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

. Por lo general, el plan *Senior Care Plus Patriot Plan (HMO)* 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 informen que la marca es adecuada para sus

Coseguro del **20 %** del costo de cada artículo cubierto por Medicare.

Pueden aplicarse normas de autorización previa si el costo es superior a **\$500**.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

necesidades médicas. Si es nuevo en el *plan Senior Care Plus Patriot (HMO)* 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 remita para tener una segunda opinión).

Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener información sobre cómo presentar apelaciones, consulte el Capítulo 7).

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se refiere a los siguientes servicios:

- Servicios provistos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia.
- 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 reciba fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que recibe dentro de la red.

La cobertura está disponible en todo el mundo con un máximo anual de **\$10,000**.

Copago de \$140 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. No debe pagar este monto si lo ingresan de inmediato en el hospital dentro de las 24 horas. Si lo internan en un hospital, pagará el costo compartido que se describe en la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este cuadro de beneficios. Si lo mantienen en observación, se aplica el copago por **Observación de pacientes ambulatorios**.

Si recibe atención de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes hospitalizados una vez que su afección de emergencia

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	se ha estabilizado, debe recibir su atención para pacientes hospitalizados en el hospital que no forma parte de la red autorizado por nuestro plan y su costo es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red. En algunos casos, podría tener que pagar un copago adicional por los servicios prestados por determinados proveedores en la sala de emergencias.
Beneficio de acondicionamiento físico Senior Care Plus ofrece una membresía en un gimnasio en instalaciones con gimnasio seleccionadas, dentro de nuestra área de servicio para los asegurados activos que estén inscritos en el plan Patriot (HMO). Visite www.SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en este beneficio o comuníquese con el Servicio al cliente al 775-982-3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año del plan.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los asegurados elegibles para el beneficio de acondicionamiento físico.
 Programas educativos de salud y bienestar Senior Care Plus ofrece materiales de educación de salud por escrito, incluso boletines, además de los servicios de un educador de salud certificado u otro profesional médico calificado. Ofrecemos una serie de programas educativos y de apoyo para que los asegurados superen los desafíos presentados por problemas de salud como asma o diabetes y para ayudarlos a crear y adoptar un estilo de vida saludable. Los servicios de nutrición y control de peso son ofrecidos por nutricionistas registrados como cursos de asesoramiento de nutrición (no para la diabetes) y control de peso. La educación de nutrición no tiene límite en	No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

cuanto al número de visitas siempre que sean una necesidad médica. Los servicios pueden ser en grupo o individuales, pero generalmente son sesiones individuales.	
Servicios para el cuidado de la audición Los exámenes de equilibrio y audición de diagnóstico realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando se obtienen de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing: • Exámenes de audición de rutina: un examen por año • Audífonos: copago de hasta \$400 para el costo de hasta dos audífonos de Nations Hearing en cada período de beneficios. Usted es responsable de cualquier costo restante después de que se aplique el máximo de beneficios del plan. • Evaluaciones de ajuste de audífonos: una evaluación/ajuste de audífonos por año Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: • 3 visitas de seguimiento dentro del año del plan. • Período de prueba de 60 días desde la fecha de ajuste • 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años) • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (puede aplicarse un deducible por audífono) • Primer juego de moldes del oído (cuando sea necesario) Nuestro plan se ha asociado con NationsHearing para proporcionar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener sus audífonos a través de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al (877) 200-4189 (TTY:711) para obtener más información o para programar una cita.	Exámenes de audición cubiertos por Medicare: copago de \$50 Examen de audición de rutina: copago de \$0 Ajuste y evaluación de audífonos: copago de \$0 Los precios de los audífonos varían según el nivel de tecnología seleccionado.
 Examen de detección de VIH	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita atención médica a domicilio y solicitar que dicha atención médica sea provista por una agencia de atención médica a domicilio. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para una agencia de atención médica a domicilio. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Terapia de infusión en el hogar 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención.	Coseguro del 20 % por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- 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 la provisión de terapia de infusión en el hogar y fármacos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.

Atención médica para pacientes terminales

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 terminales puede ser un proveedor que forma parte de la red o un proveedor que no forma parte de la red.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor.
- Atención médica de relevo de corto plazo.
- Atención a domicilio.

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.

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal:

Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará 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

Cuando se inscribe en un programa de servicios para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal en lugar del plan Senior Care Plus Patriot (HMO).

Copago de **\$45** por cada visita con un especialista de servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no 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 no relacionados con su diagnóstico de enfermedad 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).

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red.
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido en virtud de Original Medicare.

Para los servicios cubiertos por el *plan Senior Care Plus Patriot*, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:

El *plan Senior Care Plus Patriot* continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubra, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.

Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese 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.

 Vacunas

Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos son los siguientes:

- Vacunas contra la pulmonía

No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- 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 su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.

También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido aplicable.

Las demás vacunas requieren autorización previa (aprobación por adelantado)

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

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.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería regular.
- Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios).
- Medicamentos.
- Análisis de laboratorio.
- Radiografías y otros servicios radiológicos.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas.
- Costos de la sala de operaciones y de recuperación.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.

Preferido:

Copago de **\$350** por día para los días 1 a 4.

Copago de **\$0** por día para los días 5 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red.

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

Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.seniorcareplus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- 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. Senior Care Plus proporciona servicios de trasplante en un lugar alejado del lugar habitual de atención médica para trasplantes en su comunidad y usted decide recibir un trasplante en ese lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.
- 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 los costos de 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 con la primera pinta de sangre.
- Servicios médicos.

Nota: Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.

Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos está disponible en

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.

proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al cliente al 775-982-3112.

No preferido:

Copago de **\$440** por día para los días 1 a 5.

Copago de **\$0** por día para los días 6 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red.

Los centros no preferidos son centros dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.

Para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados, se aplicará el costo compartido antes descrito cada vez que lo internen en el hospital. El traslado a otro tipo de centro (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de atención a largo plazo) se considera una nueva hospitalización. Para cada hospitalización, tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de conformidad con las reglas del plan.

No hay copagos adicionales para los servicios hospitalarios agudos para pacientes hospitalizados

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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

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

cuando es reingresado a un centro con el que tenemos contrato durante un período de beneficios o en un plazo de 60 días desde la última alta.

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

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

Si obtiene atención médica autorizada para 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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	que pagaría en un hospital que forma parte de la red.
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico - Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital aquí es un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente - El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Hay una cobertura máxima de por vida de 190 días para atención de salud mental y servicios por abuso de sustancias que se presta en un hospital psiquiátrico independiente. El beneficio está limitado por el uso parcial o total previo de un tratamiento de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general. <i>Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización (aprobación por adelantado) para tener cobertura.</i> <i>Los servicios de trasplante con proceso de evaluación requieren autorización previa (aprobación por anticipado) para tener cobertura</i>	Preferido: Copago de \$350 por día para los días 1 a 4. Copago de \$0 por día para los días 5 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.seniorcareplus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al cliente al 775-982-3112. No preferido: Copago de \$440 por día para los días 1 a 5. Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Los centros no preferidos son centros dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.

El límite de por vida de 190 días no se aplica a hospitalizaciones en un hospital general de cuidados intensivos.

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

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	Es posible que deba pagar hasta el copago máximo de atención para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios.
Estadía para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos que reciba en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes hospitalizados no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y equipos de órtesis (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o que reemplazan en forma total o parcial la función de un órgano del cuerpo que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos equipos. • 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. <i>La cobertura de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional que incluya más de 20 visitas por año requiere autorización previa (aprobación por adelantado)</i>	Los servicios cubiertos de la “Parte B” están cubiertos del mismo modo en que estarían cubiertos si fueran prestados en un centro para pacientes ambulatorios. Cuando su hospitalización ya no cuente con cobertura, estos servicios se cubrirán tal como se describe en las siguientes secciones: Consulte más abajo “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico”. Consulte más abajo “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”. Consulte más abajo “Prótesis y suministros relacionados”. Consulte más abajo “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”.
 Terapia de nutrición médica	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Este beneficio es para las personas con diabetes o con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis), o que hayan sido sometidas a un trasplante renal cuando sean referidas por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su enfermedad, 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.	servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles en virtud de todos los planes de salud de Medicare. 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
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 los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria).	Coseguro del 20 % para todos los medicamentos cubiertos por Original Medicare. No hay límite de beneficios para los medicamentos cubiertos por Original Medicare. Además, para la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Legembi® (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 tomografías 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 la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. 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. • 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. • 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	aplica a los servicios de un proveedor de atención primaria, los servicios de especialistas o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (como se describe en “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico” o en “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios”, en este cuadro de beneficios), según dónde reciba los servicios de infusión o la administración del medicamento. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo por atención médica Estos medicamentos recetados están cubiertos en virtud de la Parte B y no tienen cobertura en virtud del programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) y, por lo tanto, no se computan para su máximo de bolsillo de la Parte D de Medicare.
--	---

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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®. • 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 metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos de la Parte B.	
 Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso Si tiene un índice de masa muscular de 30 o más, cubrimos la terapia intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta terapia está cubierta si la obtiene en un entorno de atención primaria, donde se pueda coordinar con su plan de prevención completo. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad preventivo y la terapia.
Servicios del programa de tratamiento con opioides 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	Copago de \$50 por cada servicio del programa de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • 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). • Despacho y administración de medicamentos para MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia grupal e individual. • Pruebas de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.	tratamiento con opioides cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Radioterapia (con radio e isótopo), incluidos suministros y materiales técnicos. • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • 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 demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: servicios de diagnóstico no radiológicos, que incluyen, entre otros, estudios del sueño, ECG, estudios vasculares, pruebas de esfuerzo y pruebas para la capacidad respiratoria. • Exámenes de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de	Usted paga un copago de \$60 por las radiografías cubiertas por Medicare. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias radiografías. Usted paga un copago de \$80 por las visitas de radioterapia cubiertas por Medicare. Usted paga un copago de \$60 por los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare. Sus copagos por Servicios para la médula ósea variarán según el tipo y el centro donde se preste el servicio. Usted paga 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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

positrones (Positron Emission Tomography, PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica los indica para tratar un problema médico.

- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: servicios de diagnóstico radiológicos, excluidas las radiografías, que incluyen, entre otros, ecografías, imágenes cardíacas nucleares, tomografía por emisión de positrones (PET) e imágenes por resonancia magnética.
- Exploraciones por tomografía computarizada

Nota: No hay un cargo por separado por los suministros médicos que se utilizan habitualmente en el curso de una visita al consultorio de rutina (como vendas, hisopos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo adicional (como agentes químicos utilizados en determinados procedimientos de diagnóstico) están sujetos a costos compartidos tal como se muestra.

Si se realizan servicios de diagnóstico en el consultorio, se aplicará un copago por visita al consultorio o un copago por servicio de diagnóstico, el monto que resulte mayor. Si el mismo proveedor realiza múltiples pruebas de diagnóstico el mismo día, se cobrará solo un copago. Se aplica el copago del centro para las pruebas de diagnóstico realizadas en un centro de cirugía ambulatoria (Same-Day Surgery, SDS) o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (Ambulatory Surgery Center, SC).

La radioterapia requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.

normalizado (pruebas de anticoagulantes).

Usted paga un copago de **\$325** por los estudios del sueño y las pruebas de estrés cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de **\$95** por las exploraciones por CT, los estudios vasculares y las pruebas de capacidad respiratoria cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de **\$130** por imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y medicina nuclear.

Usted paga un copago de **\$120** por tiras reactivas de INR y análisis genéticos especializados.

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

Usted paga un **copago de \$45** por los electrocardiogramas. Usted paga \$0 por los electrocardiogramas previos a una cirugía.

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	aplicará un costo compartido por separado. Usted paga un copago de \$325 por sigmoidoscopias flexibles no preventivas que se realicen durante una visita como paciente ambulatorio. Usted paga un copago de \$0 por densitometría ósea, escaneo de retina, espirometría, DPN y prueba Quantiflo.
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios 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. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos 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 externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja de datos está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-	Preferido: Copago de \$350 por cada servicio de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al cliente al 775-982-3112.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

[Benefits.pdf](#) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

No preferido:

Copago de **\$440** por cada servicio de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.

Los centros no preferidos son centros dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

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

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.
- Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
- Suministros médicos como entablillados y yesos.
- Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.

Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.

Preferido:

Copago de **\$325** por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o un hospital para pacientes ambulatorios para servicios hospitalarios.

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

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

<i>Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.</i>	No preferido: Copago de \$440 por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o un hospital para pacientes ambulatorios para servicios hospitalarios. Los centros no preferidos son centros dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto. La biopsia, exploración y extirpación de cuerpos extraños o pólipos durante una colonoscopia preventiva tienen un copago de \$0. Las cirugías o los procedimientos para pacientes ambulatorios que se realicen en un centro de cirugía ambulatoria (SDS) exigirán un copago preferido o no preferido. Si se realizan colonoscopías y endoscopías no preventivas durante una visita, se aplicará el copago correspondiente por servicios para pacientes ambulatorios preferidos o no preferidos.
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico autorizados por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera clínica especializada, asesor profesional con licencia (licensed professional	Copago de \$45 por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

counselor, LPC), terapeuta de matrimonio y familia con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero profesional (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otros profesionales de la salud mental calificados por Medicare según las leyes estatales correspondientes.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Copago de \$20 por cada visita de terapia ocupacional/fisioterapia y terapia del habla/del lenguaje cubierta por Medicare. Copago de \$20 por cada visita a un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Servicios para el trastorno por uso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: 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. 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.	Copago de \$40 por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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.

Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios

Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor para saber si usted será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Preferido:

Usted paga **\$325** 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 quirúrgico para pacientes ambulatorios.

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

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

No preferido:

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

	Usted paga \$440 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 quirúrgico para pacientes ambulatorios. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Medicamentos de venta sin receta (OTC) y suministros Su cobertura incluye artículos, medicamentos y productos de venta sin receta. Puede hacer el pedido: • En línea: visite <u>SeniorCarePlus.nationsbenefits.com</u> • Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia de los Asegurados de NationsBenefits al (877) 200-4189 (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y envíe el formulario de pedido en el catálogo de productos NationsBenefits/Senior Care Plus.	Tiene una asignación de \$25 de copago cada trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta sin receta aprobados por el plan. Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral de artículos de venta sin receta cuando realiza su pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficios de artículos de venta sin receta.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios <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	Copago de \$130 por cada visita cubierta por Medicare. Copago de \$75 por cada visita ambulatoria intensiva cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

consultorio de un consejero profesional autorizado y que es una alternativa para la hospitalización de pacientes.

El *servicio intensivo para pacientes ambulatorios* 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.

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

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.
- Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.
- Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su PCP especialista, si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico.
- Servicios de monitoreo en el consultorio de un médico u hospital para pacientes ambulatorios si está tomando medicamentos anticoagulantes como Coumadin, heparina o warfarina (estos servicios también pueden denominarse servicios de “Clínica de Coumadin”).
- Determinados servicios adicionales de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o proveedor de atención médica para pacientes en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.
- 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

Copago de **\$0** por visita a los PCP preferidos por servicios cubiertos por Medicare.

Copago de **\$10** por visita a los PCP no preferidos por servicios cubiertos por Medicare

Copago de **\$10** por visita a un centro de atención sin citas.

Copago de \$45 por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare.

Copago de **\$0** por servicios de dermatología proporcionados por el proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc.

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

específicos de la Parte B que nuestro 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 comunicarse mediante una visita presencial o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para asegurados que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en el hospital, con acceso crítico o no, en un centro de diálisis renal o en el hogar del asegurado • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para asegurados con un trastorno de abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ 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 federalmente calificados • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si es que: ○ Usted no es un paciente nuevo y	Si se realizan servicios de diagnóstico en el consultorio, se aplicará un copago por visita al consultorio o un copago por servicio de diagnóstico, el monto que resulte mayor.
--	--

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El control no conduce a una visita en el consultorio en un plazo de 24 horas o a una cita disponible lo antes posible. • Evaluación de videos o imágenes que usted le envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en el plazo de 24 horas si es que: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita en el consultorio en un plazo de 24 horas o a una cita disponible lo antes posible. • Consultas que su médico realice con otros médicos por teléfono, Internet o registros de salud electrónicos. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. Teladoc es el proveedor preferido para visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, ingrese en el siguiente sitio web, member.teladoc.com/signin, para registrar su cuenta. También puede llamar a Servicio al cliente o a Teladoc directamente, al 1-800-835-2362, para obtener más información sobre cómo utilizar estos servicios. No se requiere autorización previa para Teladoc	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolones de talón). • Atención de rutina de los pies para asegurados con ciertas afecciones médicas que afecten las extremidades inferiores	Copago de \$45 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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Profilaxis previa a la exposición (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH**

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 (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Medicamento oral o inyectable para la PrEP aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectar el medicamento.
- Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento en la administración de los medicamentos) cada 12 meses.
- Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses.

Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

**Exámenes de detección de cáncer de próstata**

Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:

- Tacto rectal.
- Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).

No hay coseguro, copago o deducible por una prueba de PSA anual.

Se podría aplicar un copago de **\$10** por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el asegurado supera el límite de uso (una vez cada 12 meses).

Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados

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 artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de

Coseguro del 20 % por cada prótesis o dispositivo ortésico cubierto por Medicare, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos, y suministros relacionados.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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.	Copago de \$45 por controles de marcapasos Coseguro de 20 % por los suministros médicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los asegurados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que posean una derivación de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de \$15 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Beneficio de recompensas Puede usar su beneficio de recompensas en la tarjeta prepagada Healthy Rewards Mastercard®. Gane hasta \$400 en asignación de recompensas por año. Las recompensas están disponibles para los asegurados que completen actividades específicas relacionadas con la salud durante el año calendario según los criterios de elegibilidad. Las actividades relacionadas con la salud pueden incluir, entre otras: • 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 asegurado activo de Senior Care Plus.	No hay copago ni coseguro para el programa Healthy Rewards. <i>Es posible que se apliquen copagos de diagnóstico o del consultorio.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Este beneficio no reemplaza sus beneficios independientes actuales y está diseñado para recompensar a los asegurados por asumir un rol activo en su salud. El beneficio de Recompensas es solo para su uso personal, no puede venderse ni transferirse y no tiene valor en efectivo. Las recompensas no se pueden usar para la compra de alcohol, tabaco o armas de fuego.

Recibirá su tarjeta una vez que haya completado su primera actividad elegible.

Su tarjeta debe activarse antes de usar sus beneficios.

Puede activar su tarjeta en

SeniorCarePlus.nationsbenefits.com/activate.

Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un Asesor de Experiencia del Asegurado al **877 200-4189 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

También puede encontrar más información en

SeniorCarePlus.com.

Exámenes de detección y terapia para reducir el abuso de alcohol

Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.

Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.

No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia y examen de detección para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)

Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.

Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de

No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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 y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y sea prestada por un médico o un profesional calificado que no sea médico.

Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la evaluación de detección inicial con LDCT: los miembros deben recibir una orden para la evaluación de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional que no sea médico que cumpla con los requisitos. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT más adelante, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.

Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis C

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:

- Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas.
- Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre el 1945-1965.

Si nació entre el 1945-1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen 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 los exámenes de detección anuales.

No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de la hepatitis C cubiertos por Medicare.

Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas

No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Cubrimos los exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de STI cuando un proveedor de atención primaria los ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.

También cubrimos hasta 2 sesiones de terapia de conducta de alta intensidad, individuales, de 20 a 30 minutos, por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de STI. Solo cubrimos estas sesiones de 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.

y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios para el tratamiento de enfermedades renales

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- 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 remitidos 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 de diálisis en el 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,

Coseguro del 20 % del costo total para servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.

Los tratamientos de diálisis mientras es paciente hospitalizado se incluyen en el copago de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte los medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	
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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de nuestro 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. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales.	Copago de \$20 por día para los días 1 a 20 Copago de \$200 por día para los días 21 a 34 Copago de \$0 por día para los días 35 a 100 por una estadía en un centro de enfermería especializada. No se requiere una estadía hospitalaria previa. Usted está cubierto durante 100 días para cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día en que visita un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención para pacientes hospitalizados en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital (o a un SNF) luego de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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.

- 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 viva su cónyuge o pareja de hecho al momento en que usted abandona el hospital.

Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.

cantidad de períodos de beneficios que puede tener.



Servicios para dejar de fumar (terapia para dejar de fumar)

El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios:

- Consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.
- Son competentes y están alertas durante el asesoramiento.
- Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento.

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).

No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Ejercicio terapéutico supervisado (SET)

El ejercicio terapéutico supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los asegurados que tienen enfermedad de las arterias periféricas (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.

Copago de \$30 por ejercicio terapéutico supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.

El programa de SET debe cumplir estos requisitos:

- 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.

El SET puede tener cobertura si se superan las 36 sesiones en un período de más de 12 semanas; es decir, pueden cubrirse 36 sesiones más durante un período extendido si un proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias.

Telemedicina

Ahora puede consultar a un médico donde y cuando le resulte conveniente. El beneficio de telemedicina le permite tener una visita por video en línea con un proveedor usando un teléfono inteligente, tableta o computadora las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. No es necesaria una cita. Las recetas se pueden recetar cuando se consideren médicamente apropiadas.

Las visitas por video son ideales para:

- Tos o dolor de garganta
- Conjuntivitis
- Bronquitis
- Resfriado y gripe
- Alergias
- Dolor de cabeza
- Infección sinusal
- Infección de oído

No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de telemedicina.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios de transporte**

Para programar los servicios de transporte, comuníquese con el Servicio al cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003.

El beneficio de servicios de transporte se limita a **24 viajes de ida O BIEN** a \$1,250 en gastos anuales totales de viaje, lo que ocurra primero.

Copago de **\$0** por viaje a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.

Copago máximo de gastos de viaje anuales de **\$1,250**.

Servicios de urgencia

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, y 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 le cobrará 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 de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Teladoc es el proveedor preferido para visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, ingrese en el siguiente sitio web, <https://member.teladoc.com/signin> para registrar su cuenta. También puede llamar a Servicio al cliente o a Teladoc directamente, al 1-800-835-2362, para obtener más información sobre cómo utilizar estos servicios. No se requiere autorización previa para Teladoc.

Esta cobertura está disponible en todo el país con un máximo anual de \$10,000.

Copago de **\$25** por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un “centro preferido”.

Copago de **\$65** por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un centro “no preferido”.

Copago de **\$65** para la cobertura en todo el país de servicios de urgencia

Copago de **\$0** por las visitas virtuales de atención médica de urgencia a través del proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc.

**Servicios para la vista**

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no

Copago de **\$45** por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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, el examen de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya 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. Cantidad asignada que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto cada 2 años.	Coseguro del 20 % del monto aprobado por Medicare por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular. Copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina anual. Asignación de copago de hasta \$170 cada año que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto.
 Visita preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre una sola vez la visita preventiva <i>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 ciertos exámenes de detección y vacunas) y derivaciones para otro tipo de atención, en caso de ser necesario. 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 quiere programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.
Cuidado de las heridas 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	Copago de \$0 a \$45 por cada visita de terapia de heridas cubierta por Medicare, según el lugar en que se proporcione el servicio

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

hiperbárico para heridas requieren autorización previa para tener cobertura.	
--	--

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre este plan.

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

Si usted 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 tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre servicios están descritas en la tabla de beneficios de Medicare o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios 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	No cubiertos en ninguna situación

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	
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
Entrega de comidas a domicilio.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación
Atención odontológica que no sea de rutina.	Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada como un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en un hospital.	Solo se cubre 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 solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que paga más de lo que pensaba según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse el dinero). Es su derecho obtener un reembolso por parte de nuestro plan siempre que haya pagado una suma superior a su parte del costo por los servicios médicos que cubre nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido, según se detalle en este material. 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 los costos compartidos permitidos 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:

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

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. 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 efectuó.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. 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.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que realizó y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe 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).

Si se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó de su bolsillo servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

Comuníquese con el Servicio al cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

números de teléfono de Servicio al cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual).

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 debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 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 o artículo.

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 (www.seniorcareplus.com) o llame a Servicio al cliente al (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 está cubierta y usted siguió todas las normas, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio, le enviaremos el reembolso

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

de nuestra parte del costo por correo postal. Si no pagó el servicio aún, le enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad ni parte de 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 7.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de forma tal que a usted le sirva y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en Braille, impresa en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

Debemos proporcionar la información de una manera que funciona para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en 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 el Servicio al cliente al (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 obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene dificultades para obtener información sobre 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, presente un reclamo por teléfono a Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente 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 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.

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.

Si cree que no está obteniendo atención médica dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 7 encontrará información al respecto.

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 como lo exigen 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 a su información y a controlar cómo se usa su información de salud. Le brindamos una notificación por escrito, llamada *Aviso de prácticas de privacidad*, que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información 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 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 asegurado de nuestro plan por medio de Medicare, nos obligan a darle su información de salud a Medicare. Si Medicare difunde su información para investigaciones u otros usos, esto se llevará a cabo según los estatutos y regulaciones federales. En general, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

Puede tener acceso a la información de su historial clínico y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro 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 (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) (los números de teléfono aparecen impresos en la contratapa de este manual).

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

Como asegurado del plan *Senior Care Plus Patriot*, 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 (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. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los asegurados y las calificaciones del desempeño del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los asegurados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores que forman parte de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información acerca de las certificaciones de los proveedores que participan en nuestra red y sobre la forma en que les pagamos a dichos proveedores.

- Para ver la lista de proveedores que forman parte de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
- Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos.
- Si tiene dudas acerca de las reglas y restricciones, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 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 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*.

También tiene derecho a participar en su totalidad en las decisiones acerca de 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 todos los detalles sobre 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.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. Si se niega a recibir el tratamiento, usted será responsable por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de su decisión.

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

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 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 el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **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.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene 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 instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si firma 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.

Board of Medical Examiners 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	Nevada State Board of Osteopathic Medicine 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 que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 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 deshonestamente 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, sexo, 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 en estos lugares:

- **Llame a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-307-4444 o al 1-877-385-2345
- **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 (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-307-4444 o al 1-877-385-2345
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en:)
 - 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 de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al cliente al (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 este documento de *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 los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica que no sea nuestro plan, o una cobertura para medicamentos con receta por separado, es necesario que nos lo comunique.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Avíseles a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba atención médica.
- **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.
 - 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:
 - Usted tiene que seguir pagando una prima de su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, usted tiene que pagar su parte de los costos cuando recibe el servicio.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de asegurado 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 Retiro Ferroviario).**

Derechos y responsabilidades

Como asegurado, 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 asegurados 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 asegurados y sus médicos. Creemos que los asegurados 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 asegurados son nuestra prioridad.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- 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 denominado reclamos).

Estos 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 le 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 ayudarle 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.

SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. 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 (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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. Podrá encontrar los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para tratar su problema

¿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.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 9, 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 4 Guía para las 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 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 no está cubierta o que usted ya no tiene cobertura. 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 tomamos. 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.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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 completemos 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.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica, consulte la **Sección 5.4**.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 7 de este capítulo.

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

Sección 4.1 Obtenga ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta 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 (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal 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 al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)

- Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe por usted como *representante* para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio al cliente al (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). 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 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 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Sección 7:** 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 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de que la información se aplique a su caso, llame a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reintegremos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la tabla de beneficios médicos. En algunos casos, aplican normas 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.

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 nuestro plan la cubre. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Le dicen que la cobertura para cierta atención médica que ha recibido y previamente estaba aprobada se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención de enfermería especializada, atención en un centro de enfermería especializada o servicios

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), lea las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que implica su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión de cobertura rápida se toma dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago para artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad para recuperarse físicamente.

Si su médico nos informa que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle 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 indique lo siguiente:

- Explica que usaremos los plazos estándares.
- Explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Explica que puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su representante o su médico pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si solicita 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 tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 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 pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda representar una ventaja para usted, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Le 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 5.3 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 del plan**.

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

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

Por lo general, 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 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle sobre la

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo, explique el motivo por el que presentó tarde su apelación cuando presente su apelación. 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 copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa 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.
 - 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 tomarnos tiempo adicional si está solicitando 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 apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 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 acordamos 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

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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 recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 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 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 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2**Términos legales:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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 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 una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos en los que se basó.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión 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 para 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 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 esta organización rechaza la totalidad o parte de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **defender la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explicar la decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones 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 8 explica los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 Si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 5 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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 que pagó está cubierta y usted siguió las normas, le enviaremos el pago del costo usualmente 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 si *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa 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 apelaciones de la Sección 5.3. 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.
- 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 apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 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 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**.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- 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 6.1 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 Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden 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 y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** sobre la decisión de darle el alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera 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 recibió 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 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicio al cliente o al (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-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 6.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para pedirnos que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al cliente al (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. Podrá encontrar los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente adecuada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar calidad de 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 bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2).

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, tiene que comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y debe hacerlo **antes de la medianoche del día en que reciba el alta hospitalaria**.
 - **Si usted cumple con esta fecha límite**, se le autoriza a permanecer en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con 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 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.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo de aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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 de alta es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión 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.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 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.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la 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 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 recibió 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 internados 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.

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. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: En caso de rechazo, debe decidir si desea proseguir con su apelación mediante el paso al Nivel 3

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones 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 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, 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 estos 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 7.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

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 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 recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir su atención.

Sección 7.2 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 apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al cliente al (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. Podrá encontrar los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar calidad de atención para personas con Medicare. Esto incluye 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.

Actúe de inmediato:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** indicada en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite y quiere 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 cobertura de Medicare. Puede encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

Términos legales:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No 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 final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la Explicación detallada de no cobertura donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos 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 de enfermería especializada, atención en un centro de enfermería especializada o atención de 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 7.3 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

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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.***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta su apelación?***

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted 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 quiere 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 mediador.

Paso 4: En caso de rechazo, debe decidir si desea proseguir con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del nivel 2 (en total son 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.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo seguir con su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 8.1 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 fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló 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.

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 dos primeros niveles. 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 mediador legal que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o mediador legal acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará 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 mediador legal.
 - 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 apelaciones habrá terminado.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- 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.
 - 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 después del Tribunal Federal de Distrito.

Cómo presentar quejas

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

SECCIÓN 9 Cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas

Sección 9.1 ¿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.

Quejas	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? ¿Está disconforme con nuestro Servicio al cliente? ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Tiene problemas para concertar citas, o espera demasiado para conseguir una? ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O lo han hecho nuestro Servicio al cliente u otros miembros del personal de nuestro plan? - 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	¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que le brindamos	¿No le dimos un aviso requerido? ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Quejas	Ejemplo
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 solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si 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 9.2 Cómo presentar una queja**Términos legales:**

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja también se denomina **presentar un reclamo**.

Usar el proceso para quejas también se denomina **usar el proceso para presentar un reclamo**.

Una **queja rápida** también se llama **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

- **El primer paso suele ser llamar a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al cliente le informará. Comuníquese con el Servicio al cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 (solo los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión 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 de octubre hasta el 31 de marzo, de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar 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, llame a Servicio al cliente al número que aparece en la portada de este manual.
 - Para presentar una queja por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección: Senior Care Plus, 10315 Professional Circle, Reno, NV 89521.
 - 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**.
- **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 9.3 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 dos opciones adicionales:

Capítulo 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Podrá presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes del Programa 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 9.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca del plan *Senior Care Plus Patriot* 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.

CAPÍTULO 8:

Finalización de su participación en nuestro plan

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

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

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *quiere* 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 abandona nuestro plan, nuestro plan tiene que continuar proporcionando su atención médica y usted continuará pagando su costo compartido hasta la finalización de la participación.

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

Sección 2.1 Puede finalizar su participación durante el período de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía en nuestro plan 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.
- **Finalizará su participación en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su participación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan de MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er 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 cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su participación finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o al momento en que recibimos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos 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 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su participación durante el período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los asegurados del plan *Senior Care Plus Patriot* pueden ser elegibles para finalizar su participación en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

- **Usted puede reunir los requisitos para finalizar su participación durante un período de inscripción especial** si cualquiera de las siguientes situaciones se aplican a usted. Estos son solo ejemplos. Para 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 rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un centro de atención a largo plazo (LTC).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible 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 de salud como su cobertura para medicamentos con receta 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.

Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo finalizar su participación

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su participación, puede:

- **Llame a Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2026*** (Medicare y usted 2026).
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo puede finalizar su participación 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.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en el <i>plan Senior Care Plus Patriot</i> se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en el <i>plan Senior Care Plus Patriot</i> se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame al Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en el <i>plan Senior Care Plus Patriot</i> cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si también tiene una cobertura para medicamentos con receta acreditable (p. ej., un plan de medicamentos de Medicare independiente) y se da de baja de esa cobertura, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de haber estado sin cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más seguidos.

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que su participación finalice, y comience su nueva cobertura de Medicare, tiene que continuar recibiendo sus artículos médicos y atención médica a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Si, el día en que finaliza su participación, se encuentra hospitalizado, su hospitalización estará cubierta por nuestro 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 Patriot* debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones

***El plan Senior Care Plus Patriot* tiene que finalizar su participación en nuestro plan si se presenta una de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si 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 (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben 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 intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su participación, llame al Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud

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

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que lo obligan a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su participación 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 9:

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 la normativa creada 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

Nuestro plan cumple con leyes que lo protegen contra la discriminación o el tratamiento desigual. **No discriminamos a las personas** por razones de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia sobre presentación de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que 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 al Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY deben 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 los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Conforme a la normativa de los CMS en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 422.108 y 423.462, el plan *Senior Care Plus Patriot*, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre las prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Léalo atentamente.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con la oficina de Privacidad/Cumplimiento Corporativo de Renown Health al 775-982-8300.

RESUMEN

¿A quién puede divulgar su información Hometown Health?

Con su consentimiento

- A médicos, enfermeros y otras personas involucradas en su tratamiento. Se incluyen proveedores de otros hospitales, clínicas y consultorios que le brindan tratamiento.
- A compañías de seguro, a menos que inicialmente pague su visita completamente de bolsillo y solicite que no se le facture a su seguro.
- Para operaciones de atención médica, como revisiones de calidad, investigaciones de seguridad y privacidad o cualquier otra necesidad comercial.
- Como lo exige la ley. Las regulaciones federales y de Nevada requieren el informe de determinadas afecciones, infecciones, enfermedades, actos de violencia y otras situaciones.

¿A quién puede divulgar su información Hometown Health?

Situaciones en las que tiene la oportunidad de presentar una objeción o desacuerdo

- Con su consentimiento, nuestro personal puede analizar información limitada con sus familiares y amigos sobre su afección o tratamiento. Si no puede dar su consentimiento, el personal usará el criterio profesional sobre si la divulgación es lo mejor para usted.
- Hometown Health puede divulgar información sobre usted a la fundación de Renown Health para recaudar fondos. Puede plantear su desacuerdo llamando al 775-982-8300 o escribiendo a la siguiente dirección.

Quién realizará el seguimiento de este aviso

Este aviso describe las prácticas de Hometown Health. Hometown Health incluye sus empleados, personal médico, practicantes, grupos de voluntarios, estudiantes, pasantes y toda persona autorizada a incluir información en su registro médico, empleados contratados, asociados comerciales y sus empleados, y otro personal de atención médica. A los fines de este aviso y en este aviso, se hará referencia a las entidades como “Hometown Health”.

Nuestra declaración respecto de la información médica

Comprendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud, incluida la información financiera personal que se relaciona con su atención médica. Creamos un registro de sus beneficios, estado de elegibilidad e historial de reclamaciones. Necesitamos este registro para proporcionarle beneficios de atención médica de calidad y para cumplir con determinados requisitos legales. Los hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica que ofrecen servicios de atención médica a los asegurados de Hometown Health pueden tener distintas políticas o avisos respecto de sus usos y divulgaciones de información médica.

En este aviso, se le informará cómo utilizamos y divulgamos la información de salud sobre usted. También le contaremos sobre sus derechos y las obligaciones que tenemos respecto del uso de su información médica.

Por ley, estamos obligados a hacer lo siguiente:

- Asegurarnos de que su información de salud que lo identifique se mantenga privada.
- Proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sobre usted.
- Cumplir con los términos del aviso actualmente vigente.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que podemos usar y divulgar información de salud. Para cada categoría de uso o divulgaciones, proporcionaremos ejemplos de los tipos de formas en que puede usarse su información. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de cada categoría.

- **Para el tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud durante la provisión, coordinación o administración de atención médica y servicios relacionados entre proveedores de atención médica, las consultas entre proveedores de atención médica respecto de su atención o la derivación de atención de un proveedor de atención médica a otro. Por ejemplo, un médico que le administra una vacuna a usted quizá necesite saber si está enfermo, en cuyo caso no puede recibir la vacuna. El médico podría derivarlo a otro profesional y también quizá deba decirle a este que usted está enfermo a fin de coordinar los servicios médicos correspondientes, para recibir la vacuna en una fecha posterior.
- **Para pagos.** Podemos usar y divulgar su información de salud a fin de pagar sus beneficios médicos en virtud de nuestro plan de salud. Estas actividades pueden incluir la determinación de la elegibilidad para recibir beneficios, actividades de facturación y cobro, coordinación del pago de beneficios con otros planes de salud o terceros, revisión de servicios de atención médica para una necesidad médica y una revisión de utilización. Por ejemplo, para realizar el pago de una reclamación por atención médica, podemos revisar información médica para asegurarnos de que los servicios que recibió eran necesarios.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información de salud para las operaciones del plan de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para la ejecución del plan de salud y para asegurarnos de que todos nuestros asegurados reciban beneficios y un servicio al cliente de calidad. Por ejemplo:
 - Es posible que utilicemos y divulguemos información de salud general, pero no revelaremos su identidad en publicaciones de boletines que ofrecen información a los asegurados sobre diversos problemas de atención médica, como asma, diabetes y cáncer de pecho.
 - Podemos utilizar y divulgar su información médica para la gestión de reclamaciones; revisión y gestión de utilización; gestión de sistemas de información y datos; revisión de la necesidad médica; coordinación de la atención, los beneficios y servicios; respuesta a las consultas o solicitudes de los asegurados en cuanto a servicios; procesamiento de quejas, apelaciones y revisiones externas; análisis e informes de beneficios y programas; gestión de riesgos; detección e investigación de fraude y otra conducta ilícita; auditorías; suscripción y establecimiento de tarifas.

- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para la operación de programas de gestión de casos y enfermedades, a través de la cual nosotros o nuestros contratistas realizamos evaluaciones de riesgo y de salud, identificamos y nos comunicamos con los asegurados que podrían beneficiarse de la participación en los programas de gestión de casos o enfermedades, y enviamos información pertinente a aquellos asegurados que se inscriben en los programas y sus proveedores.
- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para actividades de mejora y evaluación de la calidad, como la revisión entre pares y acreditación de proveedores participantes, desarrollo de programas y acreditación por organizaciones independientes.
- Podemos utilizar y divulgar su información de salud al patrocinador del plan si le proporcionamos beneficios de salud debido a que es un beneficiario del plan de salud grupal patrocinado por un empleador.
- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para la transición de políticas o contratos entre planes de salud.
- **A su familia y amigos.** Podemos divulgar su información de salud a un miembro de la familia, un amigo u otra persona —en la medida en que sea necesario— para ayudarlo con su atención médica o con el pago de la atención médica. Antes de divulgar su información médica a una persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica, le daremos la oportunidad de rechazar dichos usos y divulgaciones. Si no está presente, o en caso de que tenga una discapacidad o una emergencia, utilizaremos y divulgaremos su información de salud sobre la base de nuestro criterio profesional respecto de si el uso o la divulgación será lo más adecuado para usted.
- **Como lo exige la ley.** Divulgaremos su información médica cuando debamos hacerlo en virtud de las leyes federales, estatales o locales. También tenemos que compartir su información médica con las autoridades que controlan nuestro cumplimiento de las leyes de privacidad.
- **Para evitar un peligro grave para la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Las divulgaciones solo se harían a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Situaciones especiales

- **Miembros de las Fuerzas Armadas y veteranos.** Si es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información de salud según lo exigido por las autoridades directivas del Ejército. También podemos divulgar información de salud acerca de personal extranjero de las Fuerzas Armadas a la autoridad militar extranjera correspondiente.

- **Riesgos de salud pública.** Como lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública. Entre estas actividades se pueden incluir las siguientes:
 - Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
 - Informar nacimientos y fallecimientos.
 - Informar el abuso o abandono infantil, de ancianos o de adultos dependientes.
 - Informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos.
 - Notificar a las personas sobre el retiro del mercado de productos que pueden estar utilizando.
 - Notificarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede correr riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
 - Para notificar a las autoridades gubernamentales correspondientes si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Realizaremos la divulgación únicamente si está de acuerdo o bien si lo exige o permite la ley.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para las actividades autorizadas por ley. Por ejemplo: auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.
- **Demandas y disputas.** Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden del tribunal u orden administrativa. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación, pedido de presentación de prueba u otro proceso legal.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar información de salud si así lo solicita un funcionario de cumplimiento de la ley:
 - En respuesta a una orden judicial, citación, garantía, emplazamiento o proceso similar.
 - Para identificar o ubicar a un sospechoso, a un fugitivo, a un testigo material o a una persona desaparecida.
 - Con respecto a la víctima de un crimen si, bajo determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona.
 - Con respecto a un fallecimiento que consideramos pudo resultar de una conducta delictiva.
 - Con respecto a una conducta delictiva en un hospital.

- O, en circunstancias de emergencia, para denunciar un delito, la ubicación de las víctimas del delito o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Investigaciones de un Gran Jurado y de un Fiscal General de Nevada.** Podemos divulgar información de salud si así nos lo solicita un investigador para el Fiscal General o un Gran Jurado de Nevada que investiga una presunta violación de las leyes de Nevada que prohíben la negligencia hacia los pacientes, el abuso de personas mayores o la presentación de reclamaciones falsas al programa Medicaid. También podemos divulgar información de salud a un investigador para el Fiscal General de Nevada que investiga una presunta violación de las leyes de indemnización del trabajador de Nevada.
- **Seguridad nacional.** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para fines de seguridad nacional.
- **Reclusos.** Un recluso no tiene derecho a este aviso. Si es un recluso de un centro correccional o está bajo la custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud al centro correccional o al funcionario de cumplimiento de la ley. Esta divulgación sería necesaria para proporcionarle atención médica o para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de los demás, incluida la seguridad del centro correccional.

Asegurados anteriores de Hometown Health

Hometown Health no destruye la información de salud de las personas que terminan su cobertura con nosotros. La información es necesaria y se utiliza para muchos fines que se describen anteriormente, incluso después de que la persona abandona el plan, y en muchos casos está sujeta a requisitos de retención. Se aplican procedimientos que protegen esa información del uso o la divulgación indebidos, independientemente del estado de un miembro individual.

Sus derechos en torno a su información de salud

Tiene los siguientes derechos respecto de la información de salud que guardamos sobre usted:

- **Derecho a revisar y copiar.** Tiene derecho a revisar y copiar la información de salud que puede utilizarse para tomar decisiones sobre sus beneficios. Por lo general, esto incluye los registros de beneficios, elegibilidad y reclamaciones, pero es posible que no incluya determinada información de salud mental.
Para revisar y copiar información de salud que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted, debe presentar una solicitud por escrito. Podremos cobrarle una tarifa por el costo del copiado, el envío por correo postal u otros suministros asociados a su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de revisar y copiar información en circunstancias muy particulares. Puede solicitar que se revise una denegación.

- **Derecho de realizar enmiendas.** Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos realizar enmiendas a la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda durante todo el tiempo en que su información sea guardada por o para Hometown Health. Para solicitar una enmienda a su registro, debe enviar una solicitud por escrito donde explique el motivo que respalda su solicitud.
Podemos rechazar su solicitud de realizar una enmienda si no es realizada por escrito o si no incluye un motivo para respaldar dicha solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si nos solicita realizar una enmienda a la información que tenga las siguientes características:
 - Nosotros no creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no se encuentre disponible para realizar la enmienda.
 - No forma parte de los registros usados para tomar decisiones sobre usted.
 - No forma parte de la información que usted puede revisar y copiar.
 - Sea precisa y esté completa.
- **Derecho a un informe sobre las divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud. Esta lista no incluirá todas las divulgaciones hechas. No incluirá las divulgaciones hechas por operaciones de tratamiento, pago o atención médica, divulgaciones hechas hace más de seis años o divulgaciones que autorizó específicamente. Para solicitar esta lista o un “informe de las divulgaciones”, debe presentar su solicitud por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar un límite o restricción sobre la información de salud que usemos o divulguemos sobre usted a cualquier persona que esté involucrada en su atención o en el pago de esta, como un miembro de la familia o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que en esta se pida una restricción sobre la divulgación de información a un plan de salud, la divulgación sea para hacer un pago o para operaciones de atención médica y no se exija de otro modo por ley, y la información se relacione con un artículo o servicios que usted, o alguien que actúe en su nombre, además del plan de salud, nos haya pagado en su totalidad. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito.
En la solicitud, debe informarnos lo siguiente: (1) qué información desea limitar; (2) si quiere limitar el uso, la divulgación o ambos, y (3) a quién quiere que se aplique el límite (por ejemplo, las divulgaciones a su cónyuge)
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de los asuntos médicos de determinada manera

o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo a su dirección de trabajo o por correo. Cumpliremos todas las solicitudes razonables. Debe hacer su solicitud por escrito.

- **Derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso de forma electrónica, aún tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia actualizada de este aviso en www.HometownHealth.com.
- Para hacer una solicitud de inspección de su registro médico, enmienda de su registro médico, informe de divulgaciones, restricciones sobre la información que podemos divulgar o comunicaciones confidenciales, envíe su solicitud por escrito a esta dirección:

Hometown Health Compliance Officer
10315 Professional Circle Mail Stop T-9
Reno, NV 89521

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de implementar el aviso revisado o con modificaciones vigente inmediatamente para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestras sedes y en www.HometownHealth.com. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en el extremo superior derecho de la primera página. Además, cada vez que se inscriba en un plan de Hometown Health, le ofrecemos una copia del aviso actual en vigencia en ese momento.

Quejas

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose al 775-982-8300. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles en www.hhs.gov/ocr o puede presentar una queja por escrito a esta dirección:

Renown Health Chief Compliance Officer
1155 Mill St, Mail Stop N-14
Reno, NV 89502

No será penalizado por presentar una queja.

Otros usos de la información médica

Los demás usos y divulgaciones de información de salud no detallados por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si

nos da permiso para usar o divulgar su información de salud al firmar una autorización, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud por los motivos detallados en su autorización por escrito. Usted comprende que no puede cancelar ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le proporcionamos.

Aviso para los pacientes respecto de la destrucción de registros de atención médica

Conforme a los Estatutos Revisados de Nevada (NRS) 629.051, sus registros médicos guardados regularmente se conservarán durante cinco años después de la recepción o producción, a menos que la ley federal especifique lo contrario. Si tiene menos de 23 años a la fecha de destrucción, no se destruirán sus registros; después de cumplir 23 años, se destruirán sus registros después de cinco años de conservación, a menos que la ley federal especifique lo contrario. Conforme a 42 CFR, artículos 422.504(d) y (e); 423.505(d) y (e), Hometown Health, como organización de Medicare Advantage, conservará registros médicos para beneficiarios de Medicare Advantage durante 10 años, a menos que la ley federal especifique lo contrario.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la cesión

Los beneficios proporcionados conforme a esta Evidencia de Cobertura son para el beneficio personal del asegurado y no pueden transferirse ni cederse. Cualquier intento de cederse este contrato anulará automáticamente todos los derechos en virtud de este contrato.

SECCIÓN 6 Aviso sobre la totalidad del contrato

Esta Evidencia de Cobertura y sus cláusulas aplicables adjuntas, y su formulario de inscripción completo, constituyen la totalidad del contrato entre las partes y a partir de la fecha de entrada en vigor del presente, sustituye a todos los demás acuerdos entre las partes.

SECCIÓN 7 Aviso sobre la renuncia de corredores de seguros

Ningún corredor de seguros u otra persona, excepto un funcionario ejecutivo de su plan, tiene autoridad para renunciar a cualquier condición o restricción de esta Evidencia de Cobertura o del cuadro de beneficios médicos ubicado en el frente de este manual. Ningún cambio en esta Evidencia de Cobertura será válido a menos que se demuestre por medio de un anexo firmado por un funcionario ejecutivo autorizado de la empresa, o por medio de una enmienda firmada por un funcionario autorizado de la empresa.

SECCIÓN 8 Aviso sobre la absoluta discreción del plan

El plan puede, a su absoluta discreción, cubrir servicios y suministros que la Evidencia de Cobertura no cubre de manera específica. Esto se aplica si el plan determina que dichos servicios y suministros se proporcionan en lugar de servicios y suministros más costosos que, de otra manera, serían necesarios para la atención y el tratamiento de un asegurado.

SECCIÓN 9 Aviso sobre la divulgación

Tiene derecho a solicitarle al plan la siguiente información:

- La información de los planes de incentivo de su médico del plan.
- Información sobre los procedimientos que usa su plan para controlar la utilización de servicios y gastos.
- Información sobre la situación financiera de la empresa.
- Información general comparativa y de cobertura del plan.

Para obtener esta información, llame a Servicio al cliente de Hometown Health (el número de teléfono y los horarios de atención están impresos en la contraportada de este manual). El plan le enviará esta información en el plazo de 30 días desde su solicitud.

SECCIÓN 10 Aviso sobre la información de las directivas anticipadas

(Información acerca del uso de un formulario legal como un “testamento en vida” o un “poder” para dar instrucciones anticipadas sobre su atención médica en caso de que no pueda tomar decisiones respecto de la atención médica por sí mismo). Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre atención médica. Pero ¿qué sucede si tiene un accidente o una enfermedad tan grave que no le permita tomar decisiones por sí mismo?

Si esto sucediera, puede hacer lo siguiente:

- Si desea que una persona en particular de su confianza tome estas decisiones por usted.
- Si desea informar a los proveedores de atención médica sobre los tipos de atención médica que desea y que no desea en caso de que no pueda tomar las decisiones usted mismo.
- Si desea hacer ambas cosas: nombrar a otra persona para que tome sus decisiones e informar a esta persona y a sus proveedores de atención médica sobre los tipos de atención médica que desea en caso de que no pueda tomar las decisiones usted mismo.

Si así lo desea, puede completar y firmar un formulario especial que informa a los demás qué desea que se haga si no puede tomar decisiones en torno a la atención médica usted mismo. Este formulario es un documento legal. A veces se denomina “directivas anticipadas” porque le permite dar instrucciones por adelantado acerca de qué quiere que suceda si en algún momento no puede tomar sus propias decisiones sobre atención médica.

Existen distintos tipos de directivas anticipadas y distintos nombres para cada una de ellas según su estado o ciudad. Por ejemplo, los documentos llamados “testamentos en vida” y “poderes notariales para la atención médica” son ejemplos de directivas anticipadas. Usted decide si desea o no completar un formulario de directiva anticipada. La ley prohíbe cualquier discriminación respecto de la atención médica en torno a si usted ha firmado directivas anticipadas o no.

¿Cómo puede utilizar un formulario legal para dar sus instrucciones anticipadas? Si decide que quiere redactar directivas anticipadas, existen muchas formas de obtener este tipo de formulario legal. Puede obtener el formulario de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas, como su SHIP (Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos). En el Capítulo 2 de este manual, encontrará cómo comunicarse con su SHIP. (Los SHIP tienen distintos nombres de acuerdo con el estado en el que se encuentre).

Sin importar dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que consiga un abogado para que lo ayude a prepararlo. Es importante firmar este formulario y guardar una copia en casa. Le recomendamos que les entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el documento para que tome las decisiones en caso de que no pueda hacerlo usted.

También le recomendamos que entregue copias a sus familiares y amigos más cercanos. Si tiene una hospitalización programada, lleve una copia al hospital. Si es hospitalizado, le preguntarán si tiene un formulario de directivas anticipadas. Si lo internan, en el hospital le preguntarán si tiene algún formulario de directiva anticipada firmado y si lo lleva con usted. Si no ha firmado ninguna directiva anticipada, en el hospital podrán proporcionarle los formularios y le preguntarán si desea firmar alguno. Tiene la opción de firmarlo o no. Si decide no firmar un formulario de directivas anticipadas, no se le negará la atención ni será discriminado respecto de la atención que reciba.

¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que proporcionó?

Si considera que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones en su directiva anticipada, consulte el Capítulo 8, Sección 1.6, subsección “¿Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas?”.

SECCIÓN 11 Aviso sobre la continuidad y la coordinación de la atención

Su plan tiene políticas y procedimientos vigentes para promover la coordinación y continuidad de la atención médica de nuestros asegurados. Esto incluye el intercambio confidencial de información entre los médicos de atención primaria y los especialistas, así como también entre los proveedores de servicios de salud conductual. Además, su plan ayuda a coordinar la atención con un profesional cuando el contrato de dicho profesional ha terminado y trabaja para permitir una transición sin problemas a un profesional nuevo.

SECCIÓN 12 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

La discriminación es ilegal.

Senior Care Plus cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Senior Care Plus no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Senior Care Plus:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el encargado del área de Cumplimiento.

Si cree que Senior Care Plus no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Compliance Officer, 10315 Professional Circle, Reno, NV, 89521, 800-611-5097, (TTY: 1-800-833-5833). Puede presentar un reclamo personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el encargado del área de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

Capítulo 9 Avisos legales

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

CAPÍTULO 10: 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.

Período de inscripción anual: período del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre todos los años, en el cual los asegurados pueden cambiar de plan de salud o medicamentos, o pasar a Original Medicare.

Apelación: una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica, o del pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos adicionales: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el monto de costos compartidos permitido por nuestro plan. Como asegurado del plan *Senior Care Plus Patriot*, solo tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen saldos adicionales** o que le cobren de otro modo un monto de costos compartidos superior al que nuestro plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: el modo en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF) 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. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

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.

Queja: el nombre formal para la presentación de una queja es la **presentación de un reclamo**. El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Entre ellos, se incluyen los problemas acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluida la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: monto que tal vez deba pagar como 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 se refiere al monto que debe pagar el miembro cuando recibe servicios. Los costos compartidos incluyen cualquiera de las siguientes 3 combinaciones de tipos de pago: 1) cualquier monto del deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir los servicios; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exija cuando reciba un servicio específico; o 3) cualquier monto del coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que el plan requiera cuando se recibe un servicio específico.

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

Cobertura válida para medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando 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 atención personalizada suministrada en un centro de cuidados, un 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 la atención de custodia.

Servicio al cliente: un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la participación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Deducible: el monto que tiene que pagar por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

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

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 costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Personas con doble elegibilidad: persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, 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 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 seleccionada, que explican su cobertura, lo que usted debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como asegurado de nuestro plan.

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

Queja formal: un tipo de queja que presenta ante nuestro plan o proveedores, incluida la queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Asistencia médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un terapeuta o enfermero matriculado, como la ayuda con la atención personalizada (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un asegurado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. 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 recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización de pacientes: hospitalización en la cual se lo admite formalmente en el hospital para los servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Período de inscripción inicial: cuando sea elegible por primera vez para participar en Medicare, el período en el cual usted se inscribe para la Parte A y B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda adicional.

Gasto máximo de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos que forman parte de la red. Los montos que paga por las primas del plan y por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no se contemplan para el 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.

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 en etapa terminal (en general, con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo en el cual los asegurados en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a otro plan Medicare Advantage o recibir 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 (HMO), ii) un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. El *plan Senior Care Plus Patriot* no ofrece cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

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 (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos en virtud del artículo 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: Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada con contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare inscritas en nuestro 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 recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden 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).

Asegurado (asegurado de nuestro plan o asegurado del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos por el plan, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para miembros: un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la participación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Proveedor que forma parte 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 asegurados de nuestro plan. Los proveedores que forman parte de la red también se denominan *proveedores del plan*.

Período de inscripción abierta: período del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre todos los años, en el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o medicamentos, 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.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica, de montos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga 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.

Proveedor o centro que no forma parte de la red: un proveedor o centro que no tiene un acuerdo con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios recibidos también se denomina requisito de gasto de bolsillo del miembro.

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 (long-term services and supports, LTSS) 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 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.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que aceptaron atender a asegurados 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 PPO tienen un límite anual sobre su gasto de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores que forman parte de la red (preferidos) y un límite mayor sobre su gasto de bolsillo total combinado por los servicios de proveedores que forman parte de la red (preferidos) y que no forman parte de la red (no preferidos).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguro 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 según criterio específicos. En la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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.

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 rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan 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 de nuestro 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.

Período de inscripción especial: Período en el cual los asegurados pueden cambiar de plan de salud o medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de atención médica especializada, o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes vivan en un hogar de atención médica especializada, o quienes padecen ciertas afecciones crónicas.

Capítulo 10 Definiciones

Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, que sean discapacitados, ciegos o mayores de 65 años. Los beneficios 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 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 de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

El Servicio al cliente del plan Senior Care Plus Patriot

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
Llamadas	775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas. (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). 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 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. los sábados y domingos. Servicio al cliente al (888) 775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio estatal de retransmisión: 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. (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). 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 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. los sábados y domingos.
Fax	775-982-3741
Correo	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
Sitio web	www.seniorcareplus.com

Nevada SHIP

Nevada SHIP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros de salud en su localidad a las personas que tienen Medicare.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
Llamadas	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	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

Cláusula de divulgación de la PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) 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 (Office of Management and Budget, OMB). 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.