

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

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

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

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

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

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

Si necesita atención de urgencia fuera del horario indicado anteriormente, diríjase a su proveedor de atención de urgencia más cercano (consulte la página 92 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 60 para obtener detalles sobre la cobertura).

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

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

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)

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

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

Los beneficios, las primas, los deducibles, o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 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_Complete_019_EOC_C

File & Use 10/15/2025

SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	43
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud	45
SECCIÓN 7	Reglas de propiedad del equipo médico duradero	46
SECCIÓN 8	Cómo solicitar un reembolso médico directo.....	47

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)49

SECCIÓN 1	Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por el plan.....	49
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y los costos	51
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	104

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D 109

SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	109
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan	109
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	113
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura.....	115
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría	117
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	120
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	122
SECCIÓN 8	Cómo surtir un medicamento con receta	124
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	124
SECCIÓN 10	Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos	126

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D 129

SECCIÓN 1	Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D	129
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Senior Care Plus Complete.....	132
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios (EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra.....	132
SECCIÓN 4	La etapa del deducible.....	134

SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	134
SECCIÓN 6	la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	139
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	139
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....		142
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	142
SECCIÓN 2	Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que recibió.....	145
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa.....	145
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades		147
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	147
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	153
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas).....		156
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	156
SECCIÓN 2	Dónde conseguir más información y ayuda personalizada	156
SECCIÓN 3	Qué proceso debe utilizar para tratar su problema	157
SECCIÓN 4	Guía para decisiones de cobertura y apelaciones	157
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	161
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	169
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto	181
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.....	186
SECCIÓN 9	Cómo seguir con su apelación al Nivel 3, 4 y 5.....	190
SECCIÓN 10	Cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas	193

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan.....	198
SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan.....	198
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan?	198
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	201
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, tiene que seguir recibiendo los artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan	202
SECCIÓN 5 <i>El plan Senior Care Plus Complete</i> debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	202
 CAPÍTULO 11: Avisos legales	 205
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente	205
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación	205
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	205
SECCIÓN 4 Aviso sobre las prácticas de privacidad	206
SECCIÓN 5 Aviso sobre la cesión	214
SECCIÓN 6 Aviso sobre la totalidad del contrato	214
SECCIÓN 7 Aviso sobre la renuncia de corredores de seguros	214
SECCIÓN 8 Aviso sobre la absoluta discreción del plan	214
SECCIÓN 9 Aviso sobre la divulgación	214
SECCIÓN 10 Aviso sobre la información de las directivas anticipadas.....	215
SECCIÓN 11 Aviso sobre la continuidad y la coordinación de la atención.....	216
SECCIÓN 12 Aviso para informar a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad y declaración de no discriminación.....	216
 CAPÍTULO 12: Definiciones	 218

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro del plan Senior Care Plus Complete

Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Senior Care Plus Complete, que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir la cobertura de salud y de medicamentos de Medicare mediante nuestro plan, el plan Senior Care Plus Complete. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de los de Original Medicare.

El plan Senior Care Plus Complete 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.

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 Complete cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estas notificaciones a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

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

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan Senior Care Plus Complete después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por 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 Complete todos los años. Usted puede continuar obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el 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:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B del Programa 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 geográfica de servicio, 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 Senior Care Plus Complete

El plan Senior Care Plus Complete 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 nuestra área de servicio. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Clark y Nye.

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

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

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



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

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores y suministradores actuales de equipo médico duradero que forman parte de nuestra red. **Los proveedores que forman parte de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, suministradores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido de un plan como pago total.

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

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

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

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que acordaron surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red a la que desea acudir. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

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

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

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

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

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

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
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
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>monto 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).	\$700
Visitas al consultorio de atención primaria	Copago de \$0 por visita a un PCP preferido por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por visita a todos los PCP no preferidos por servicios cubiertos por Medicare.
Visitas a consultorios de especialistas	\$0 por visita
Estadías en hospital para pacientes internados	Centro preferido: Copago de \$0 por día Centro no preferido: Copago de \$0 por día
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la	Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):

	Sus costos en 2026
cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	Medicamento de Nivel 1: Genérico preferido: \$2 por receta. Medicamento de Nivel 2: Genérico: \$8 por receta. Medicamento de Nivel 3: De marca preferido: \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 4: 47 % por receta. Medicamento de Nivel 5: Especializados: 33 % por receta. Medicamento de Nivel 6: De atención médica seleccionados: \$0 por receta. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

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

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)*, la sección titulada *2026 Medicare Costs (Costos de Medicare de 2026)*. Descargue una copia desde el 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene que seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. Es posible que también pague una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscriba por primera vez en el plan Senior Care Plus Complete, le informaremos el monto de la multa.

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

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tuvo una cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su asegurador o el Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

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

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

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo una cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior (prima del beneficiario básica nacional). Para el 2026, el monto promedio de la prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima del beneficiario básica nacional y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo siguiente, sería 14 % multiplicado por \$38.99, que da \$5.45. Esto debe redondearse a \$5.50. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan en el caso de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a la multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima del beneficiario básica nacional puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para la tercera edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha consignada en la primera carta que recibe en la que

se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto mensual ajustado relacionado con los ingresos

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

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

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

Sección 4.5 Monto del Plan de pago de recetas de Medicare

Si está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de medicamentos o de salud por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay cuatro (4) maneras en las que puede pagar la multa. Envíe un “Formulario de cambio de retención de la prima del plan” del miembro para seleccionar una de las cuatro opciones o para cambiar el método de pago. Los formularios se encuentran disponibles en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com, en nuestra oficina o podemos enviárselos por correo postal. Comuníquese con el Servicio al cliente para obtener más información.

Opción 1: Pagar con cheque

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

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos (EFT)

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

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

Opción 3: Tarjeta de crédito o de débito

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

Opción 4: Deducción de las multas por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga su prima. Si decide modificar la forma en la que paga su prima, puede demorar hasta 3 meses que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, *llame a Servicio al Cliente para obtener el formulario de retención de prima.*

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a los programas que lo ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su membresía debido a que no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, si se adeuda, tendrá cobertura médica mediante Original Medicare. Posiblemente no podrá recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos deba las multas que no pagó. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominada reclamo). Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le impidió pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si se adeuda, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para conocer cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 775-982-3112 o a la línea gratuita 888-775-7003 de lunes a domingo, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no se modificará durante el año

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa Ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para la Ayuda adicional durante el año.

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

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

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Es por ello que es muy importante que 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 (como por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, indemnización del trabajador o de Medicaid).
- Alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si es ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Para crear una cuenta de MyBenefitsCoverage, visite www.seniorcareplus.com y seleccione “members” (miembros) en la esquina superior derecha de su pantalla. Si desea crear una cuenta, pero necesita ayuda, comuníquese con el Servicio al cliente y un representante podrá ayudarlo.

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

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

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

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, 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 Complete*

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los Miembros del plan Senior Care Plus Complete al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Estaremos encantados de ayudarlo.

Servicio al cliente: Información de contacto

LLAME

Senior Care Plus: 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003

Las llamadas a este número son gratuitas. (No abrimos los 7 días de la semana 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y sábados y domingos, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de octubre al 31 de marzo.

Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

LLAME

Nations Hearing: De manera gratuita al 1-(877) 200-4189. TTY 711.

Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Las llamadas a este número son gratuitas.

LLAME

EyeMed: 1-(866)-723-0513. De lunes a sábados, de 7:30 a.m. a 11:00 p.m. (hora del Este) y los domingos de 11:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Este). Las llamadas a este número son gratuitas.

LLAME

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. (No abrimos los 7 días de la semana 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.
Fax	775-982-3741
Correo postal	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
Sitio web	www.seniorcareplus.com

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

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

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

LLAME	775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas (no atendemos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos. Servicio al Cliente
--------------	--

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

	también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio estatal de retransmisión: 711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. (No abrimos los 7 días de la semana 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.
Fax	775-982-3741
Correo postal	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB DE SENIOR CARE PLUS	www.seniorcareplus.com
Sitio web de Medicare	Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Complete (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Decisiones de cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto

LLAME	1-844-368-3139 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	Servicio de Retransmisión del Estado: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y

Decisiones de cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto

	solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	1-844-403-1028
Correo postal	Optum Rx En línea: Autorización previa o solicitud de excepción OptumRx
Sitio web	https://www.optumrx.com/secure/benefits-and-claims/prior-authorization
Sitio web de Medicare	Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Complete (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

LLAME	1-888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	Servicio de Retransmisión del Estado: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	1-775-982-3745
Correo postal	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Pharmacy-Hometownhealth@hometownhealth.com
Sitio web	www.Seniorcareplus.com
Sitio web de Medicare	Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Complete (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

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

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

LLAME	Senior Care Plus: 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas. (No abrimos los 7 días de la semana 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Servicio al cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés
TTY	Servicio de Retransmisión del Estado: 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 abrimos los 7 días de la semana 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.
Fax	775-982-3741
Correo postal	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

SITIO WEB DE SENIOR CARE PLUS	www.seniorcareplus.com
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre el plan Senior Care Plus Complete directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento 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 7 para obtener más información.

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

Solicitudes de pago - Información de contacto

LLAME	Senior Care Plus: 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas. (No abrimos los 7 días de la semana 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio de Retransmisión del Estado: 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 abrimos los 7 días de la semana 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a

Solicitudes de pago - Información de contacto

	8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.
Fax	775-982-3741
Correo postal	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
Sitio web	www.seniorcareplus.com

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

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

Medicare: Información de contacto

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

Medicare: Información de contacto

Sitio web

www.Medicare.gov

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

También puede visitar el sitio web [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre el plan Senior Care Plus Complete.

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

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Nevada, el SHIP se denomina Nevada SHIP (a través de la División de Servicios para Personas Mayores y Acceso a la Red de Atención Médica de Nevada).

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

Los consejeros de Nevada SHIP pueden ayudarlo a entender sus derechos en Medicare, a presentar quejas en relación con su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas con las facturas de Medicare. Los consejeros de Nevada SHIP también pueden ayudarlo con

las preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de planes.

Nevada SHIP: Información de contacto	
LLAME	1-800-307-4444 o 1-877-385-2345
TTY	1-877-486-2048 (Medicare) Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Correo postal	State of Nevada Aging and Disability Services Division 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706
Sitio web	http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/or www.accesstohealthcare.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

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

Commence Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

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

Commence Health (Organización para la Mejora de la Calidad de Nevada): información de contacto

LLAME	1-877-588-1123 para apelaciones o para todas las demás revisiones. De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábados, de 10:00 a.m. a 4:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Correo postal	BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Seguro Social: Información de contacto

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid 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 de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Recursos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona Calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información acerca de Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada, División de Servicios de Apoyo y Bienestar.

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

LLAME	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 postal	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 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

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

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan, el deducible anual y los copagos del plan de medicamentos de Medicare. Esta Ayuda adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para recibir Ayuda adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar la solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda adicional.

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

- Comuníquese con el Servicio al cliente a los números de teléfono que aparecen en la portada de este manual para obtener información sobre cómo presentar la “mejor evidencia disponible” a fin de respaldar el cumplimiento de los requisitos para la Ayuda adicional, o visite nuestra oficina.
- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga más de lo debido en su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea con cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y usted lo adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente

a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene preguntas.

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

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

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, lo que incluye un comprobante de residencia en el estado y del estado de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado) y condición de no miembro/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al encargado de inscripción del ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA de la Parte B (RWPB) del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nevada.

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

Plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos extendiéndolos durante todo **el año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto

LLAME	(844)-368-3139 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Correo postal	Optum Rx Attn: Member Services 6868 W 115TH ST Overland Park, KS 66211
Sitio web	www.optumrx.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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

Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto

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

Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto

	Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato, o a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden 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.

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

CAPÍTULO 3:

Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

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

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar servicios médicos y atención médica. El término “proveedores” también abarca a hospitales y otros centros de salud.
- Los **proveedores que forman parte de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costos compartidos como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros de equipos y los medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando se convierte en miembro del plan Senior Care Plus Complete, debe elegir un proveedor del plan como su proveedor 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 miembro del plan. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención médica especializada, admisiones en el hospital y atención de seguimiento. La coordinación de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención. No necesita una derivación para consultar a un especialista de la red del plan.

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

¿Cómo elegir un PCP?

Usted selecciona su PCP cuando se inscribe en Senior Care Plus. Para seleccionar su PCP, consulte el *Directorio de proveedores* de Senior Care Plus en nuestro sitio web,

www.seniorcareplus.com. Puede visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio al cliente para saber qué proveedores están aceptando pacientes nuevos (lo que significa que su panel está abierto). Puede cambiar su PCP en cualquier momento, como se explica más adelante en esta sección.

Cómo cambiar su PCP

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

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

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

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

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

- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área.
- Servicios de rutina de especialistas prestados por proveedores que forman parte de la red.

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

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Cuando su PCP considera que necesita un tratamiento especializado, no será necesario que reciba una derivación (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista del plan. Sin embargo, si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP recibirá la aprobación por adelantado. En algunos casos, el especialista también deberá obtener la autorización previa (aprobación por adelantado).
- Es muy importante obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP para otros servicios determinados antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores (existen excepciones, incluida la atención médica de rutina para mujeres, que se explica en la sección anterior). Senior Care Plus no requiere que usted tenga una derivación para ver a un especialista; sin embargo, es posible que algunos especialistas no programen una cita para usted sin una derivación de su PCP. Si el especialista desea que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que las visitas adicionales al especialista estarán cubiertas.
- Si hay especialistas específicos a quienes quiera consultar, averigüe si su PCP prefiere a dichos especialistas. Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan que utilizan para las derivaciones. Esto significa que el PCP que seleccione puede determinar los especialistas que deba consultar. Por lo general, puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan para el que su PCP no le entrega una derivación. Consulte la subsección “Cómo cambiar su PCP” de la Sección 2.1, donde le decimos cómo cambiar su PCP.

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

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

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

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

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

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica

Una **emergencia médica** se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida de una función corporal o daños graves en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

- **Busque ayuda con la mayor rapidez posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una derivación del PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya recibido la notificación sobre su emergencia.** Tenemos que hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. El número de teléfono y el número de teléfono de su PCP se encuentran en nuestra tarjeta de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Como beneficio complementario, nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

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

Visite el sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

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

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

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

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

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

El plan Senior Care Plus Complete 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 fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en el beneficio, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de utilizar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Puede llamar a Servicio al cliente cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado que no contará para el monto máximo de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; como averiguar la eficacia de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención (aquella no relacionada con el estudio) a través del plan.

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

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar 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 [national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED] y exención de dispositivos de investigación [investigational device exemption, IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

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

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó de costo compartido. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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 en virtud de 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 para la prueba; es el mismo monto que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan.

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

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

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

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

investigación clínica), disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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 para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención 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 al tratamiento médico *voluntario y no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o al tratamiento médico *no voluntario u obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

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

- *Además*, tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

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 pedidas por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME se deben alquilar.

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

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

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

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan.

Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Los pagos que ya realizó (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, el plan Senior Care Plus Complete cubrirá:

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

Si abandona el plan Senior Care Plus Complete 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, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, y deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan, o lo abandona, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar un reembolso médico directo

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

Las reclamaciones incurridas fuera de los Estados Unidos para el tratamiento de emergencia de un miembro deben tener registros médicos o una superfactura detallada. No se reembolsarán las facturas que no estén detalladas por los servicios prestados. Esto también debe enviarse con el formulario de reembolso para miembros completo con la información del miembro, Si los documentos solicitados no se firman y se nos devuelven a nosotros o a

nuestro representante dentro de los 90 días de la solicitud, ya no tendremos ninguna obligación de pagar ningún gasto cubierto en el que incurra el miembro.

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

Hometown Health
10315 Professional Circle
Reno, NV 89521

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto 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 pagará por cada servicio cubierto como miembro del plan Senior Care Plus Complete. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y también explica los límites en ciertos servicios.

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

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

- **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:** es 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 reúnan los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagarán 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 de 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 la Parte A y la Parte B de Medicare O 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, el monto del MOOP es de \$700.**

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos por el plan que forman parte de la red se contemplan para este monto máximo de gasto de bolsillo. Los

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

montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de **\$700**, 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 formen parte de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro del plan Senior Care Plus Complete, 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), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si obtiene 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 obtiene 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 derivación 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 fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene 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 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre el plan Senior Care Plus Complete y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). 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 Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia, o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una derivación. Esto significa que le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- 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).
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar perturbaciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. 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*. (Si desea

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

obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2026* [Medicare y usted 2026]. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando a 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- En el caso de los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos estos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana indica 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 derivación 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 lo siguiente: 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; • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos 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, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se	Copago de \$10 por visita

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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), y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. 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). <i>Máximo de 20 visitas por año del plan</i>	
Servicios de ambulancia Servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre al centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención si se proporcionan a un miembro cuya afección es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. El transporte que no sea de emergencia entre centros requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura	Copago de \$75 por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia cubierto por Medicare. Copago de \$125 por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia aérea cubierto por Medicare. 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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	médica. Si su afección califica para recibir cobertura, pagará el copago antes indicado. Si su afección no cumple con los criterios de Medicare y usted utiliza el servicio de ambulancia, será responsable de todo el costo.
 Consulta de bienestar anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. 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 es necesario programar las visitas de bienestar anuales con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por año calendario Una visita anual de bienestar es diferente de un examen físico de rutina. Medicare o este plan no cubren un examen físico de rutina.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 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 consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	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)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de cáncer de pecho (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de mamografías de evaluación cuando sea médicamente necesario. Se podría aplicar un copago de \$0 por la visita al consultorio si el servicio no se considera preventivo o si el miembro 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 miembros que cumplen ciertas condiciones con una derivación del médico. Nuestro plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$0 por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. Copago de \$0 para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares, tratamiento intensivo para la salud conductual, el asesoramiento preventivo sobre medicamentos/las intervenciones para reducir el factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Se podría aplicar un copago de \$0 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 se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años. Se podría aplicar un copago de \$0 por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el miembro supera el límite de uso (una vez cada 5 años).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 orden médica de su PCP siempre y cuando lo brinde un proveedor del plan</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Se podría aplicar un copago de \$0 por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el miembro supera el límite de uso (una vez cada 24 meses).
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones	Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación).
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, administración 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 consultas al PCP preferido. Copago de \$0 por cada consulta al especialista.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- 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.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Los ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: - 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	Servicios dentales preventivos y de diagnóstico no cubiertos por Medicare: Exámenes bucales: copago de \$0* Limpiezas: copago de \$0* Tratamientos con flúor: Sin cobertura Radiografías dentales: copago de \$0* Servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare:

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ 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 \$2,000 cada año por servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura dental. Nuestro plan se asocia con LIBERTY Dental Plan para brindarle sus beneficios dentales. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicio al Cliente al (888) 442-3193 o buscar en el directorio de proveedores en línea de LIBERTY Dental Plan en www.libertydentalplan.com/SCP. Si elige usar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos. Los cargos se basan en los cargos contratados para dentistas dentro de la red. El reembolso se paga sobre las asignaciones contractuales del LIBERTY Dental Plan y no necesariamente sobre los honorarios reales del dentista.	Servicios que no son de rutina: copago de \$0* Servicios de restauración: copago de \$0* Endodoncia: copago de \$0* Servicios periodontales: copago de \$0* Extracciones: copago de \$0* Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales: copago de \$0* *Se aplican frecuencias y limitaciones Algunos servicios están sujetos a revisión para determinar si son necesarios y adecuados en función de los estándares de la industria y las pautas clínicas de Liberty. Para obtener una lista completa de los beneficios y las frecuencias, visite SeniorCarePlus.com

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 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 se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión. Se podría aplicar un copago de \$0 por la visita al consultorio si el servicio no se considera preventivo o si el miembro supera el límite de uso (un examen de detección por año).
 Examen de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. 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 lo siguiente: • 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.	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)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <i>Los dispositivos ortésicos y ortopédicos requieren autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura si el costo supera los \$800.</i>	Los monitores de glucosa en sangre se proporcionan de forma gratuita. Coseguro del 0% del costo de cada artículo de suministro para la diabetes cubierto por Medicare recibido por venta minorista o con servicio de pedido por correo. Tanto para los beneficiarios que reciben tratamiento con insulina como para los que no, las tiras reactivas tendrán un límite de cantidad (QL, en inglés) de 100 tiras por suministro de 30 días. Tiras reactivas/glucómetros: Tiras reactivas y medidores Contour (no se incluyen fabricantes no preferidos) Sistemas de control continuo de la glucosa (CGMS, en inglés): Abbott (Freestyle Libre) y Dexcom están cubiertos por igual sin CMS PA (no se incluyen fabricantes no preferidos)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com. Por lo general, el plan Senior Care Plus Complete cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en el plan Senior Care Plus Complete y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante 90 días, como máximo. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]</i>). <i>Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura si el costo es superior a \$500.</i>	Coseguro del 20% del costo de cada artículo cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención médica de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. 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 fuera de la red y necesita atención para pacientes internados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe recibir dicha atención en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y su costo es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	En algunos casos, podría tener que pagar un copago adicional por los servicios prestados por determinados proveedores en la sala de emergencias. Copago de \$140 por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo cubierta por Medicare.
Beneficio de acondicionamiento físico Senior Care Plus ofrece un reembolso de membresía en gimnasios de hasta \$30 por mes para un gimnasio dentro de nuestra área de servicio para los miembros activos que estén inscritos en el <i>plan Senior Care Plus Complete</i>. Visite www.seniorcareplus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en este beneficio o comuníquese con Servicio al Cliente al 775-982-3112/888-775-7003.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los miembros 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 miembros superen los desafíos presentados por problemas de salud como asma o diabetes y para ayudarlos a crear y adoptar un estilo de vida saludable. Los miembros obtienen acceso a programas para el control del peso, acondicionamiento físico y control del estrés. Describa la naturaleza de los programas aquí.	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)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para el cuidado de la audición Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas 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 \$3,000 para el costo de hasta dos audífonos de NationsHearing en cada período de beneficios. Usted es responsable de cualquier costo restante después de que se aplique el máximo de beneficios del plan. - Evaluaciones de ajuste de audífonos: una evaluación/ajuste de audífonos por año Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: 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.	Copago de \$0 por exámenes de equilibrio y audición de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios. Copago de \$0 por examen de audición de rutina (límite de 1 por año). Copago de \$0 para el ajuste y la evaluación de audífonos Los precios de los audífonos varían según el nivel de tecnología seleccionado.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para 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 dichos servicios de atención médica a domicilio sean provistos por una agencia de atención médica a domicilio. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. 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 por cada visita de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.	Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.
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 lo siguiente:	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 Complete.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a 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 la Parte B de Medicare que estén relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare pague. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. En el caso de los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibir el servicio, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido conforme a Original Medicare. En el caso de los servicios cubiertos por el plan Senior Care Plus Complete, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: el plan Senior Care Plus Complete continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.	Copago de \$0 por cada visita con un especialista de servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales

Servicio cubierto	Lo que usted paga
En el caso de medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos simultáneamente por el centro para pacientes con enfermedades terminales y nuestro plan. Consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 para obtener más información. Nota: Si necesita atención médica que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: - Vacuna contra la neumonía. - Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias. - Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. - Vacunas contra la COVID-19. - Otras vacunas si está en riesgo y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o 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. • Servicios para el tratamiento por abuso de sustancias controladas para pacientes hospitalizados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si el plan Senior Care Plus Complete proporciona servicios de trasplante en un lugar distinto al lugar habitual de atención médica para trasplantes en su comunidad y usted decide recibir un trasplante en ese lugar lejano, coordinaremos o pagaremos	Copago de \$0 por día para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. Para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados, se aplicará el costo compartido antes descrito cada vez que lo internen en el hospital. El traslado a otro tipo de centro (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de atención a largo plazo) se considera una nueva hospitalización. Para cada hospitalización, tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de conformidad con las reglas del plan. No hay copagos adicionales para los servicios hospitalarios agudos para pacientes hospitalizados cuando es reingresado a un centro con el que tenemos contrato

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos. Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	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. Si obtiene atención médica autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no forma parte de la red una vez que su condición de emergencia se ha estabilizado, su costo es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Hay una cobertura máxima de por vida de 190 días para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Hay un límite de por vida de 190 días para servicios de atención de salud mental que se presten 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 previa (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> <i>Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa (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>	Copago de \$0 por día para hospitalizaciones por problemas de salud mental cubiertas por Medicare. 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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	consecutivos. Si acude a un hospital (o a un SNF) luego de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. Es posible que deba pagar hasta el copago máximo de atención para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios.
Estadía para pacientes hospitalizados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes internados no cubierta Si ha agotado sus beneficios de paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no	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 cuenta con cobertura, estos servicios se cubrirán tal como se describe en las siguientes secciones: Consulte más abajo “Servicios del médico/profesional,

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • 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>	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 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 reciba los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la derivación todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles en 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 servicios de médicos, en un hospital como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, 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 exámenes por imágenes y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para	Coseguro del 20% para todos los medicamentos cubiertos por Original Medicare. No hay límite de beneficios para los medicamentos cubiertos por Original Medicare. Además, para la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de atención primaria, los servicios de especialistas o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (como se describe en “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico”

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.	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 <u>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.</u>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 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 (intravenosa y para sondas). El medicamento que se le receta en virtud del beneficio de medicamentos recetados de la Parte B puede tener un requisito de “terapia escalonada”. Este requisito fomenta que usted y su proveedor prueben medicamentos que cuestan menos, pero con la misma efectividad, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina “terapia escalonada”. También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D y se indican las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 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). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de \$10 por cada servicio del programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Radioterapia (con radio e isótopo) incluidos suministros y materiales técnicos. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. 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,	Usted paga un copago de \$0 por las radiografías cubiertas por Medicare. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias radiografías. Usted paga un coseguro del 20% por las visitas de radioterapia cubiertas por Medicare. Usted paga \$0 de copago por los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare. Sus copagos por Servicios para la médula ósea variarán según el

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
entre otros, estudios del sueño, electrocardiogramas, 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 positrones 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, en inglés), imágenes por resonancia magnética y tomografías computarizadas. Nota: No hay un cargo por separado por los suministros médicos que se utilizan habitualmente en el curso de una visita al consultorio de rutina (como vendas, hisopos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo adicional (como agentes químicos utilizados en determinados procedimientos de diagnóstico) están sujetos a costos compartidos tal como se muestra. Si se realizan servicios de diagnóstico en el consultorio, se aplicará un copago por visita al consultorio o un copago por servicio de diagnóstico, el monto que resulte mayor. Si el mismo proveedor realiza varias pruebas de diagnóstico el mismo día, se cobrará solo el copago más alto. Se aplica el copago del centro para las pruebas de diagnóstico realizadas en un centro de cirugía ambulatoria (SDS, en inglés) o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (ASC, en inglés).	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 normalizado (pruebas de anticoagulantes). Usted paga un copago de \$75 por los estudios del sueño cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de \$35 por las exploraciones por tomografías computarizadas y resonancias magnéticas, los estudios vasculares y las pruebas de capacidad respiratoria cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de \$85 por tomografías por emisión de positrones y medicina nuclear. Usted paga un copago de \$80 por tiras reactivas de INR y análisis genéticos especializados. Usted paga \$0 de copago por los servicios de

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	hematología cubiertos por Medicare. Usted paga \$60 de copago por los ECG, incluidos los ECG previos a una cirugía. Usted paga un copago de \$0 por densitometría ósea, escaneo de retina, espirometría, DPN y prueba Quantiflo. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias pruebas. Si varios proveedores le prestan distintos servicios, se aplicará un costo compartido por separado. Usted paga un copago de \$0 por sigmoidoscopias flexibles no preventivas que se realicen durante una visita como paciente ambulatorio.
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 ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para	Preferido: Copago de \$0 por cada servicio de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede comunicarse con Servicio al cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003 No preferido: Copago de \$0 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. • Terapia de infusión para pacientes ambulatorios, no incluye el costo de los medicamentos Para el medicamento de la infusión, pagará el costo compartido que se describe en “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”, en este cuadro de beneficios. Además, para la administración de los medicamentos de la terapia de infusión, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de atención primaria, los servicios de especialistas o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (como se describe en “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico” o en “Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios”, en este cuadro de beneficios), según dónde reciba los servicios de infusión o la administración del medicamento.	Preferido: Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o un hospital para pacientes ambulatorios para servicios hospitalarios. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede comunicarse con Servicio al cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	No preferido: Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o un hospital para pacientes ambulatorios para servicios hospitalarios. 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 la visita, se aplicará el copago correspondiente por servicios para pacientes ambulatorios preferidos o no preferidos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Copago de \$20 por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.
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 \$0 por cada visita de terapia ocupacional/fisioterapia y terapia del habla/del lenguaje cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cada visita a un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
Servicios para el trastorno por uso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias proporcionados por un proveedor o centro que participen 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	Copago de \$20 por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
consumo de sustancias, o que requieran tratamiento, pero no necesiten la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se prestan en una hospitalización. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas que se aplican en general a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	
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 o internado. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido de una cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio. Esto se denomina hospitalización para “observación de pacientes ambulatorios”. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debe preguntarle a su médico que forme parte del personal del hospital. Si recibe cualquier servicio o artículo que no sea una cirugía, lo que incluye, entre otros, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, órtesis, suministros o medicamentos de la Parte B, se podría aplicar un costo compartido adicional por dichos servicios o artículos. Consulte sobre el servicio o artículo que recibió para conocer el costo compartido específico que debe pagar.	Preferido: Usted paga un copago de \$0 por visita por procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros, endoscopías terapéuticas y de diagnóstico, y cirugías para pacientes ambulatorios realizadas en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. Las instalaciones preferidas son instalaciones que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede comunicarse con el Servicio al cliente al 888-775-7003 No preferido: Usted paga un copago de \$0 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. Los centros no preferidos son centros dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto. Consulte “Prueba de detección colorrectal” en este cuadro para conocer el costo compartido que debe pagar por los procedimientos de prueba de detección colorrectal. Usted no paga ningún copago por cirugía como paciente

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	ambulatorio si lo internan en el hospital por la misma afección dentro de las 24 horas posteriores a un procedimiento o una cirugía como paciente ambulatorio (consulte “Atención en hospital como paciente hospitalizado” en este cuadro para conocer el costo compartido del hospital que se aplica). Si lo mantienen en observación, aun así se aplica el copago. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo.
Medicamentos de venta sin receta Su cobertura incluye artículos, medicamentos y productos de venta sin receta. Puede hacer el pedido: • En línea: visite SeniorCarePlus.nationsbenefits.com • Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia de los Miembros de NationsBenefits al (877) 200-4189 (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y envíe el formulario de pedido en el catálogo de productos NationsBenefits/Senior Care Plus.	Tiene una asignación de \$105 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 consultorio de un consejero profesional autorizado y que es una alternativa para la hospitalización como paciente internado. El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consultorio de un consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de \$75 por cada consulta cubierta por Medicare. Copago de \$75 por cada servicio intensivo para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su 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").	Copago de \$0 por visita a un PCP preferido por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por visita a centros de atención sin citas. Copago de \$0 por cada visita con un especialista por servicios cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios de dermatología

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Ciertos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. <i>Servicios específicos de la Parte B que nuestro plan ha identificado como clínicamente apropiados para proporcionar a través de intercambio electrónico cuando el proveedor no está en el mismo lugar que el afiliado.</i> • Determinados servicios adicionales de telesalud, lo que incluye: Los servicios de dermatología y atención de urgencia se proporcionan a través del proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: ○ 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.	proporcionados por el proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc. No se requiere una derivación de su PCP para consultar a un especialista del plan. Si se realizan servicios de diagnóstico en el consultorio, se aplicará un copago por visita al consultorio o un copago por servicio de diagnóstico, el monto que resulte mayor.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si es que: - Usted no es un paciente nuevo y - El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y - El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. - Evaluación de videos o imágenes que usted le envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en el plazo de 24 horas si es que: - 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 lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. - Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. - Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. - Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). - Teladoc es el proveedor preferido para visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, ingrese en el siguiente sitio web, member.teladoc.com/signin, para registrar su cuenta. También puede contactarse con el Servicio al cliente o Teladoc directamente al 1-800-835-2362 para obtener más información sobre cómo utilizar estos servicios. No se requiere autorización previa para Teladoc.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare en el consultorio o en el hogar. Para los servicios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios, como cirugías, consulte Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios
 Profilaxis previa a la exposición (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 (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamento oral o inyectable de PrEP aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No hay coseguro, copago ni deducible para cada examen de tacto rectal cubierto por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. Los exámenes de PSA de diagnóstico están sujetos al costo compartido que se describe en Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, en este cuadro. Se podría aplicar un copago de \$0 por la visita al consultorio si los servicios no se consideran preventivos o si el miembro 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 suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de	Coseguro del 20% por cada prótesis o dispositivo ortésico cubierto por Medicare, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos, y suministros relacionados. Copago de \$0 por controles de marcapasos

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cataratas; consulte <i>Servicios para la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más información.	
Suministros médicos Artículos médicamente necesarios u otros materiales que se utilizan una vez y se descartan, o que de algún modo se usan en su totalidad. Incluye, entre otras cosas: catéteres, gasas, apósitos quirúrgicos, vendas, agua esterilizada y suministros para traqueotomía. <i>Las prótesis requieren autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura si el costo es superior a \$800</i>	Usted paga un coseguro del 20% por los suministros médicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que posean una derivación de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora por día, hasta un máximo de 36 sesiones de por vida (en algunos casos, hasta 72 sesiones de por vida) para servicios de rehabilitación pulmonar.	Copago de \$0 por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
 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 se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 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 pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes por año y que fumen actualmente, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento, detección y toma de decisiones compartida de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y sea prestada por un médico o un profesional calificado que no sea médico. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional que no sea médico que cumpla con los requisitos. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una visita de asesoramiento, detección y toma de decisiones compartidas de cáncer de pulmón con LDCT más adelante, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
 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. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. 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 servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y si se llevan a cabo en un entorno de atención primaria como el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.	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)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	
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 del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). - Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. - Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. - Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. - Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.	Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 por una estadía en un centro de enfermería especializada. Copago de \$200 por día para los días 21 a 40 por una estadía en un centro de enfermería especializada. Copago de \$0 por día para los días 41 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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. 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 su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <i>Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.</i>	un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención para pacientes hospitalizados en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital (o a un SNF) luego de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.
 Servicios para dejar de fumar (terapia para dejar de fumar) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios e internados que cumplen con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ejercicio terapéutico supervisado (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • 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 podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Copago de \$0 por ejercicio terapéutico supervisado cubierto por Medicare.
Servicios de telemonitorización La telemonitorización incluye el control a distancia de pacientes, equipos para llevar un registro de los signos vitales en el hogar o atención médica para pacientes ambulatorios que le permite a los miembros utilizar un dispositivo médico móvil para realizarse un examen de rutina y enviar los datos de este examen al profesional de atención médica en tiempo real. Los servicios de telemonitorización son ofrecidos a pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva y se hace un seguimiento diario de los servicios.	No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de telemonitorización cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	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. 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, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. Cobertura nacional para “servicios de urgencia” cuando se necesitan servicios médicos de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que usted no esperaba ni anticipaba, y no puede esperar a regresar al área de servicio de nuestro plan para ser atendido. Esta cobertura está disponible en todo el país con un máximo anual de \$10,000. Teladoc es el proveedor preferido para visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, ingrese en el siguiente sitio web para registrar su cuenta: member.teladoc.com/signin. También puede contactarse con el Servicio al cliente o Teladoc directamente al 1-800-835-2362 para obtener más información sobre cómo utilizar estos servicios. No se requiere autorización previa para Teladoc.	Copago de \$10 por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un “centro preferido”. Copago de \$40 por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare en un centro “no preferido”. Copago de \$120 por la cobertura en todo el país de los servicios de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Copago de \$0 por las visitas virtuales de atención médica de urgencia a través del proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc. Copago de \$10 por cada visita de atención de urgencia contratada.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Servicios para la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • 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 por año.	Copago de \$0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista). Copago de \$0 del monto aprobado por Medicare por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular. Copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina anual. Asignación de hasta \$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 <i>preventiva Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológicas o pruebas de diagnóstico no radiológicas, ni pruebas de diagnóstico. Se podría aplicar un costo compartido adicional a los análisis de laboratorio o las pruebas de diagnóstico que se realicen	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. No hay coseguro, copago ni deducible para un ECG cubierto por Medicare por única vez si este se ordena como resultado de su

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
durante su visita, tal como se describe para cada servicio por separado en este Cuadro de beneficios médicos. Importante: Nosotros cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> únicamente durante los primeros 12 meses desde su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, comunique al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, para otros ECG.
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 hiperbárico para heridas requieren autorización previa para tener cobertura.	Copago de \$0 por cada visita de terapia de heridas cubierta por Medicare, según el lugar en que se proporcione el servicio.

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 nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de la apelación de una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubiertos en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación

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
Servicios de asesoramiento o derivación a los que nuestro plan se opone por motivos morales o religiosos. En el caso de nuestro plan, no brindamos servicios de asesoramiento o derivación relacionados con directivas anticipadas de suspender la alimentación/el tratamiento, etc.	En la medida en que estos servicios estén cubiertos por Medicare, estarán cubiertos por el plan de Original Medicare
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas livianas	No cubiertos en ninguna situación
Servicios en un centro de emergencias para afecciones de rutina no autorizadas que a una persona razonable no le parezcan que se deben a una emergencia médica. (Consulte las secciones anteriores para obtener más información sobre cómo recibir atención para una emergencia médica)	No cubiertos en ninguna situación
Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía electivas, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Procedimientos para revertir la esterilización, dispositivos de vacío para la erección o suministros anticonceptivos sin receta	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
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, incluidas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas livianas	No cubiertos en ninguna situación
Vacunas para viajes al extranjero	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Atención dental que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios

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
Características o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipos médicos duraderos, aparatos correctivos o prótesis que se proporcionen principalmente para la comodidad o conveniencia del miembro o para la capacidad de caminar principalmente en la comunidad, que incluye, entre otros, el acondicionamiento o la modificación del hogar o del automóvil, y equipos para hacer ejercicio	No cubiertos en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
Artículos personales en su habitación del hospital o del centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubiertos en ninguna situación
Medicamentos con receta, incluidos, entre otros, medicamentos compuestos	Estos medicamentos con receta solo estarán cubiertos si están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare
Enfermeras particulares	Cubierto solo cuando es médicamente necesario
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando es médicamente necesario

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
Queratotomía radial, cirugía LASIK, otros aparatos para la visión deficiente y lentes para cataratas a medida	Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas La queratotomía radial, la cirugía LASIK, otros aparatos para la visión deficiente y los lentes para cataratas a medida no tienen cobertura en virtud del plan
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
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

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

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

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

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

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) le emita una receta que sea válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

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

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

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

todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.seniorcareplus.com) o llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

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

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés). Por lo general, los centros LTC (tales como un hogar de atención médica especializada) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un LTC, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias en* www.seniorcareplus.com o llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

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

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

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

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

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

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

Surtido de medicamentos con receta pedidos por correo. Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

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

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

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas que forman parte de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo a un costo compartido menor. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten los montos de costos compartidos más bajos. En este caso, será responsable de pagar la diferencia de precio. Su *Directorio de farmacias* www.seniorcareplus.com muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

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

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

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

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

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

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y se use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que cumple con *una* de las siguientes condiciones:

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

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

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

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

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

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan con la misma eficacia. Para obtener más información, llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Consulte la Sección 7 para obtener más información).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Existen seis (6) niveles de costo compartido para los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos

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

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

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

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos por vía electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.seniorcareplus.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, para ver un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

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

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

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

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

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Probar primero un medicamento distinto

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

Límites que rigen la cantidad

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

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

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debe tomar y que no está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene restricciones.

Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O bien, una versión genérica del medicamento puede tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que cree que debería ser.
- **Si su medicamento se encuentra en el nivel de costos compartidos que provoca que sus gastos sean más costosos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer al respecto.**

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de ser miembro de nuestro plan.
- **Si estaba en nuestro plan el año anterior**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.

- Este suministro provisional será para un máximo de **30 días**. Si la receta médica es por menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar un suministro máximo de **30 días** del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y que viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos si la receta médica es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- Si es un miembro actualmente y los cambios en los niveles de atención le afectan, proporcionaremos un suministro provisional del medicamento que no forma parte de la Lista de medicamentos durante los primeros 90 días posteriores a los cambios en su nivel de atención o le proporcionaremos la oportunidad de solicitar una excepción de la Lista de medicamentos por adelantado el próximo año.
- Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y que se compran en una farmacia que forma parte de la red. La transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no sea un medicamento de la Parte D o un medicamento que no forma parte de la red, a menos que cumpla con los requisitos para el acceso que no forma parte de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

Opción 1. Puede cambiarlo por otro medicamento

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

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo

a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para encontrar información sobre lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para asegurar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiarlo por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, para encontrar información sobre lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para asegurar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

Los medicamentos de los niveles de costos compartidos de marca preferidos y especializados no son elegibles para este tipo de excepción.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costos compartidos**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento será en el mismo nivel de costo compartido o en un

nivel de costo compartido menor y “en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor y” con las mismas o menos restricciones.

- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si toma el medicamento que quitamos o sobre el que realizamos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor y tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
 - **Retirada de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
 - **Realización de otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

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

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

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

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

- Si movemos su medicamento a un nivel de costos compartidos superior.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto en el caso de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si toma medicamentos que están excluidos, tendrá que pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

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

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

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

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

El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 6 del Capítulo 6, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta

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

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo retire**. Luego, puede **solicitar que le reembolsemos** nuestra parte del costo compartido. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información acerca de cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

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

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

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

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

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

Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o como jubilado

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial acerca de la cobertura válida:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, quiere decir que nuestro plan con cobertura para medicamentos se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Conserve los avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (p. ej., medicamento para las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan tiene que recibir una notificación de la persona autorizada a dar recetas o de su proveedor del hospicio en la que se establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

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

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D

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

Si usted está inscrito en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de cobertura acerca de los costos de medicamentos con receta de la Parte D* tal vez no se aplique a usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, denominado *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* [Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos]), que contiene información acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este inserto, llame a Servicio al cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

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

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

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

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

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.

- **Copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que surte un medicamento recetado.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Los requisitos de coseguro de la Etapa de lapso en la cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y para realizar viajes.

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **incluyen** los pagos indicados a continuación (siempre y cuando correspondan a los medicamentos cubiertos por la Parte D y usted siga las normas de la cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

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

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

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

Estos pagos no se incluyen en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos realizados por determinados planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA), para sus medicamentos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

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

Cómo realizar el seguimiento de sus gastos de bolsillo totales

- La *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha abandonado la

Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Senior Care Plus Complete

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

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura para casos catastróficos**

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

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

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

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

- **Total de costos de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Alternativas disponibles de medicamentos con receta de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta un medicamento con receta.** Esto ayuda a garantizar que sepamos los medicamentos con receta que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.

- Cuando paga un copago por los medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hagan en su nombre.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

No hay deducible para el plan Senior Care Plus Complete. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

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

Nuestro plan cuenta con seis (6) niveles de costos compartidos

Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos de nuestro plan pertenece a alguno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El nivel 1 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos no preferidos.

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

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

Sus opciones de farmacias

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

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

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan.

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

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

El monto del copago o del coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (LTC, en inglés) (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$2	Copago de \$2
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$8	Copago de \$8
Nivel 3 de costo compartido (de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$47
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 47 %	Coseguro del 47 %
Nivel 5 de costo compartido (especializados)	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0

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

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su

farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

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

Sus costos por un suministro a largo plazo de 90 días de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido de pedido por correo
Nivel 1 de costo compartido (genéricos preferidos)	Copago de \$5	Copago de \$4
Nivel 2 de costo compartido (genéricos)	Copago de \$20	Copago de \$16
Nivel 3 de costo compartido (de marca preferidos)	Copago de \$117.50	Copago de \$94
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 47 %	Coseguro del 47 %
Nivel 5 de costo compartido (especializados)	No hay disponible un suministro a largo plazo de medicamentos del nivel 5	No hay disponible un suministro a largo plazo de medicamentos del nivel 5
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0

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

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a realizar un seguimiento respecto de la cantidad que usted, nuestro plan, así como cualquier tercero, hayan pagado en su nombre durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de \$2,100 que pagan de su bolsillo en un año.

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

SECCIÓN 6 la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

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

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

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

- 1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para las otras vacunas de la Parte D, deberá pagar a la farmacia el copago de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, 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 que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por 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 reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o por más que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que 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 recibe atención médica de urgencia o de emergencia por parte de un proveedor que no forma parte de nuestra red de nuestro 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 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos 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 retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que 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 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

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

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

Senior Care Plus

10315 Professional Circle
Reno, NV 89521

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa

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

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

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

carta en la que se le expliquen 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 del medicamento, puede presentar una apelación

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Debemos proporcionar la información de una manera que funciona para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en grande 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 gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas además del inglés, incluido el español, y braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que funcione para usted, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para

encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que proporcione y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar un especialista de la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

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

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

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le brindamos una notificación por escrito, llamada *Aviso de prácticas de privacidad*, que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no le brinde atención o no pague por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.

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

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados 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 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre proveedores y farmacias que forman parte de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su afección médica y sus opciones de tratamiento *de forma que sea fácil de entender para usted*.

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

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

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

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Eso significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que alguna vez no pueda ser capaz de tomar las decisiones usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a su médico** sobre cómo desea que administre su atención médica en caso de que usted llegue a perder la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Los documentos llamados **testamentos en vida** y **poderes para decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. [Insert if applicable: También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (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**.

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

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

Si no se respetan sus instrucciones

Si 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.

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

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y tiene que solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o realizar una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados

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

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando de estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-307-4444.
- **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 de nuestro plan al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-307-4444.
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
 - 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 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos por el plan y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos que no sea nuestro plan, es necesario que nos lo comunique.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Avíseles a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba atención médica o adquiera sus medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y seguir las instrucciones sobre su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.

- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de nuestro plan.
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de miembro al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

Derechos y responsabilidades

Como miembro, usted tiene derecho a:

- 1. Derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.**
- 2. Derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.**
- 3. Derecho a participar con profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.**
- 4. Mantener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.**
- 5. Derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que proporciona.**

6. Derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

7. Responsabilidad de proporcionar la información (en la medida de lo posible) que la organización y sus médicos y proveedores necesitan para brindar atención.

8. La responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con sus médicos.

9. Asumir la responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.

Nuestra filosofía de atención médica

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

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

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 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 denominadas reclamos).

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

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

Sección 1.1 Términos legales

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

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

SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y ayuda personalizada

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

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

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), las 24 horas, los 7 días de la semana. 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 para decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Consulte la **Sección 10, 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 decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos de la Parte B de Medicare como

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

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

Presentar una apelación

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

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

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

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 de atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6.

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

Sección 4.1 Obtenga ayuda para una decisión de cobertura o para presentar una apelación

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

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite el formulario de Designación de representante. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.seniorcareplus.com).
- 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.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de

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

Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre**, como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.seniorcareplus.com). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle 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 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5** - Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** - Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto (*Se aplica solo a estos*

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

servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del SHIP.

SECCIÓN 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 reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

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

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 autoriza 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 hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el 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. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. 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 involucra su atención médica se denomina **determinación de organización**.

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios 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 médicos (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 afectar de forma grave su salud o perjudicar su capacidad de recuperar una función.

Si su médico nos informa que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos 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 explique que usaremos los plazos estándares.
- Se explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Se explique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su

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

médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a sus normas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de un plazo de 72 horas si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, responderemos dentro de un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

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

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.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

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

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, 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 tomar tiempo adicional si se trata de un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 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 hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándares, debemos responderle **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B

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

que todavía no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su condición así lo exige.

- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales **si está solicitando un artículo o servicio médico**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si cree que no debemos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de 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**Término legal:**

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

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

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

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.**
- 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 los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente

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

en el caso de las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- Si esta organización rechaza la totalidad o parte de su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **defender la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explique la decisión.
 - Le informe 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 reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

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

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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,

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

comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo, normalmente, de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos 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 las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informe que no pagaremos la atención médica y las razones.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en 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 apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* en cada oportunidad. También

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

usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explique cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D**Término legal:**

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

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

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Nos pide que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos superior. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicitarnos que le realicemos un reintegro. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

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

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

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

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

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

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no aparece en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las otras normas o restricciones que rigen para determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no le aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos pertenece a alguno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería

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

el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.

- Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas ya sea genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costo compartido para un medicamento del Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones**Su médico nos debe informar los motivos médicos**

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

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos que están en el nivel de costo compartido más bajo no funcionen de igual manera en su caso o sea probable que generen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

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

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal:**

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

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

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

Si su salud lo requiere, pídanos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos informa que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explique que usaremos los plazos estándares.
 - Explique que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo*

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

de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés), o en el formulario de nuestro plan que está disponible en nuestro sitio web SeniorCarePlus.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Las solicitudes de determinación de cobertura se pueden enviar electrónicamente a través de nuestro portal en línea. Puede hacerlo iniciando sesión en su portal para miembros de hap.org y navegando a la página de cobertura para medicamentos con receta. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le comunicamos una respuesta.***Fechas límite para una decisión de cobertura rápida***

- En general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

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

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar.

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

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

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

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

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico, o la persona autorizada a dar recetas, tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico o la persona que receta, debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 775-982-3112 o a la línea gratuita 888-775-7003.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid* (CMS, en inglés), que está disponible en nuestro sitio web SeniorCarePlus.com. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

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

- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándares, debemos responderle **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura con la rapidez que su salud exija, como máximo, a los **7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)***Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar.

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

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

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término legal:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE** (sigla en inglés).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (su representante, médico o la persona que receta) tiene que comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitarle una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
 - **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito.

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

- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro Programa de Administración de Medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a la Organización de Revisión Independiente la información sobre su apelación. Esta información se denomina su **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Fechas límite para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***Para apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos prestar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

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

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de una solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una **parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **defender la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir con la apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 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 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y consulte en caso de no entenderlo. Le indica lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- 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.

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

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso solo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Conserve una copia del aviso para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, use el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la calidad de la atención para personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le explica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, tiene que comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y debe hacerlo **antes de la medianoche del día en que reciba el alta hospitalaria**.
 - **Si usted cumple con esta fecha límite**, se le autoriza a permanecer en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista de alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener un ejemplo del aviso en línea en

www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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.

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

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo posterior al día en que tenga toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *afirmativa*, **debemos seguir suministrando sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *negativa*, significa que, para ellos, su fecha prevista del alta es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.**
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

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 pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación de nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente acepta:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día posterior al día del rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura de su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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 desea continuar con el proceso de revisión.

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

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

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

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura**Término legal:**

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

- 1. Usted recibe un aviso por escrito**, al menos, 2 días calendario antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

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

- 2. Se le pedirá a usted o a una persona que lo represente que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

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

- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no de cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado pueden encontrarse en el Capítulo 2.

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

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud 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 finalizar el día, los revisores nos informan de su apelación y usted recibirá una *Explicación detallada de la no cobertura* de nuestra parte que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del día posterior al día en que recaban toda la información que necesitan, los revisores le informan su decisión.***¿Qué sucede si los revisores dan una respuesta afirmativa?***

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **tenemos que seguir brindando sus servicios cubiertos por el plan mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dan una respuesta negativa?

- Si los revisores dan una respuesta *negativa*, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para

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

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 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

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

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

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

- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un abogado adjudicador.

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

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

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

- **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 abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - 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

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

indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

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

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

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación 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 o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

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

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

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. 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.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para los Miembros u otro personal de nuestro plan? ○ 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 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	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 ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: - 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 10.2 Cómo presentar una queja**Términos legales:**

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

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

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

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

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

- Generalmente, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).** Si hay algo más que deba hacer, Servicio al Cliente le informará.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede escribir su queja 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

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

podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar sus quejas. A esto le llamamos nuestro procedimiento de queja formal de Senior Care Plus. Si elige llamarnos o enviarnos una carta sobre su queja, siga estas instrucciones:

- Para presentar una queja por teléfono, puede comunicarse con Servicio al Cliente al 775-982-3112 o al 888-775-7003.
- Para presentar una queja por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección: Senior Care Plus, 10315 Professional Circle, Reno, NV 89521.
- La queja formal debe presentarse dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente. Debemos abordar su queja formal con la rapidez que su caso exija en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de que recibamos su queja. Podemos extender el plazo en hasta 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es lo más adecuado para usted.
- Para presentar una queja relacionada con la calidad de la atención, comuníquese con Commence Health, BFCC-QIO Program. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 sobre cómo comunicarse con Commence Health).
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le brindamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le permitiremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le **responderemos dentro de las 24 horas**.
- **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.

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

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja se trate sobre la *calidad de la atención*, también tendrá 2 opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

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

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Complete 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 10:

Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

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

- Podría abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar 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.

- Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** 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

Tiene la oportunidad de hacer un cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.^{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 se cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o al momento en que recibimos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su participación durante el Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros del plan Senior Care Plus Complete 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 cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos 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.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Normalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

- **Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus costos de cobertura de medicamentos:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

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

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en el plan Senior Care Plus Complete se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en el plan Senior Care Plus Complete se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de medicamentos de su nuevo plan.

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

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, tiene que seguir recibiendo los artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Seguir utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados.**
- **Si, el día en que se cancela su membresía, se encuentra internado, su hospitalización estará cubierta por el plan hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *El plan Senior Care Plus Complete* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

El plan Senior Care Plus Complete debe cancelar su membresía en el plan si se presenta una de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.

- Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber si el lugar donde viajará o se mudará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999. Sin embargo, si se muda fuera de nuestra área de servicio, se cancelará su inscripción en nuestro plan.
- Si ingresa en la cárcel.
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporcione cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

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

¿Qué debe hacer si sucede esto?

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

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por razones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el tratamiento desigual, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si tiene una queja, por ejemplo, un problema para acceder a una silla de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. En virtud de la normativa de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, el plan Senior Care Plus Complete, como

organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre las prácticas de privacidad

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

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

RESUMEN

¿A quién puede divulgar su información Senior Care Plus?	
Con su consentimiento	• A médicos, enfermeros y otras personas involucradas en su tratamiento. Se incluyen proveedores de otros hospitales, clínicas y consultorios que le brindan tratamiento. • A compañías de seguro, a menos que inicialmente pague su visita completamente de bolsillo y solicite que no se le facture a su seguro. • Para operaciones de atención médica, como revisiones de calidad, investigaciones de seguridad y privacidad o cualquier otra necesidad comercial. • Como lo exige la ley. Las regulaciones federales y de Nevada requieren el informe de determinadas afecciones, infecciones, enfermedades, actos de violencia y otras situaciones.
Situaciones en las que tiene la oportunidad de presentar una objeción o desacuerdo	• Con su consentimiento, nuestro personal puede analizar información limitada con sus familiares y amigos sobre su afección o tratamiento. Si no puede dar su consentimiento, el personal usará el criterio profesional sobre si la divulgación es lo mejor para usted. • Senior Care Plus puede divulgar información sobre usted a la Fundación de Renown Health para recaudar fondos. Puede plantear su desacuerdo por teléfono al 775-982-8300 o por escrito 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 miembros 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 miembros 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 miembros 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 miembros 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 miembros que podrían beneficiarse de la participación en los programas de gestión de casos o enfermedades, y enviamos información pertinente a aquellos miembros 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 la 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, un pedido de presentación de prueba u otro proceso legal.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario de cumplimiento de la ley:
 - En respuesta a una orden 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 de Medicaid. También podemos divulgar información de salud a un investigador para el fiscal general de Nevada que investiga una presunta violación de las leyes de indemnización por accidentes laborales de Nevada.
- **Seguridad nacional.** Podemos divulgar su información 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.

Miembros 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.
 - Información que 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, en inglés) 629.051, sus registros médicos guardados regularmente se conservarán durante cinco años después de la recepción o producción, a menos que la ley federal especifique lo contrario. Si tiene menos de 23 años a la fecha de destrucción, no se destruirán sus registros; después de cumplir 23 años, se destruirán sus registros después de cinco años de conservación, a menos que la ley federal especifique lo contrario.

Conforme a 42 CFR, artículos 422.504(d) y (e); 423.505(d) y (e), Hometown Health, como organización de Medicare Advantage, conservará registros médicos para beneficiarios de Medicare Advantage durante 10 años, a menos que la ley federal especifique lo contrario.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la cesión

Los beneficios proporcionados conforme a esta Evidencia de cobertura son para el beneficio personal del miembro 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 miembro.

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).

Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado 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 un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno. 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 miembros. 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 para informar a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad y declaración de no discriminación

La discriminación es ilegal.

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

Senior Care Plus:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes de 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 esos servicios, comuníquese con el Servicio al cliente.

Si cree que Senior Care Plus no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a: Compliance Officer, 10315 Professional Circle, Reno, NV, 89521, 800-611-5097, (TTY: 1-800-833-5833). Puede presentar 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.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o por teléfono a:

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

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

CAPÍTULO 12: Definiciones

Monto permitido: El monto que Hometown Health Plan ha determinado que es un pago adecuado por los servicios prestados u otro monto que el proveedor del plan y Hometown Health Plan han acordado que se aceptará como pago por los servicios prestados. El monto permitido para los proveedores que no tienen contrato está determinado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

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

Facturación de saldos: 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 miembro del plan Senior Care Plus Complete, 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** 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 internados (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 en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente; por eso, las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: Medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte elegible en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

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

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

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

Copago: monto que tal vez deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital para pacientes ambulatorios o un

medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Costos compartidos: el costo compartido hace referencia al monto que debe pagar el miembro cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) el monto del deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) el monto fijo de copago que un plan exija cuando reciba un servicio o medicamento específico, o (3) el monto del coseguro (porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento) que el plan requiera cuando reciba un medicamento o servicio específico.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a alguno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura 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 cuidado personal en un hogar de cuidados, hospicio u otro entorno de centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Servicio al cliente: Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la participación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Servicio al cliente.

Tasa diaria de costo compartido: una tasa diaria de costo compartido puede aplicarse cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su tasa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

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

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

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

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

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

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida de una función corporal o daños graves en una

función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención médica de emergencia: se refiere a los servicios cubiertos por el plan 1) suministrados por un proveedor habilitado para brindar servicios de emergencia y 2) necesarios para el tratamiento, la evaluación o la estabilización de una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que usted debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en nuestro formulario (una excepción al formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA y que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

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

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

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de seis meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo

miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: Hospitalización en la cual se lo admite formalmente en el hospital para los servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio.

Especialista en servicios hospitalarios: Médico que se especializa en el tratamiento de pacientes cuando están en el hospital y que puede coordinar su atención si se le admite en un hospital que forma parte del plan Senior Care Plus.

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA, en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado, según su declaración anual de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierta cantidad, pagará el importe de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa anterior al momento en sus gastos de bolsillo para el año han alcanzado el monto del umbral de gastos de bolsillo.

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

Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a los institucionales (Institutional-equivalent SNP, IE-SNP), SNP institucionales híbridos (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

Plan de necesidades especiales equivalente a los institucionales (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda adicional.

Multa por inscripción tardía: Monto agregado a su prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un plazo de 63 días consecutivos o más. Usted paga este monto mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” por parte de Medicare para el pago de sus costos del plan de medicamentos recetados, no pagaremos una multa por inscripción tardía.

Programa de descuento del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

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

Medicaid (o asistencia médica): es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario: Los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

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

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo en el cual los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces se denomina Parte C de Medicare y es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de costos del Programa Medicare: un plan de costos del Programa Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) o un Plan Médico Competitivo (CMP, en inglés) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos en virtud 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: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos 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.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguro privadas para cubrir las *brechas* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

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

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica con licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores que forman parte de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y también brindar servicios cubiertos por el plan a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que forman parte de la red también se denominan **proveedores del plan**.

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

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden adquirirse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Determinación de la organización: la decisión que toma nuestro plan sobre si están cubiertos artículos o servicios o el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con tarifa por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia que no forma parte de la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

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

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS, en inglés) para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en la comunidad (en lugar de trasladarlas a un hogar de atención médica especializada) siempre que sea posible. Las personas inscritas en los planes de PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a su prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta de Medicare estándar) por un plazo de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que aceptaron atender a miembros del plan a cambio del pago de un monto específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual sobre su gasto de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor sobre su gasto de bolsillo total combinado por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): su médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

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.

Límites de cantidad: recurso administrativo diseñado para limitar el uso de medicamentos por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada y específica para inscritos sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Derivación: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del lenguaje y del habla, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: Período fijo durante el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área

de servicio, si recibe Ayuda adicional para pagar costos de medicamentos con receta, si se muda a un hogar de cuidados o si incumplimos nuestro contrato con usted.

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

Especialista: médico que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades o con una parte del cuerpo específicas. Algunos ejemplos incluyen el oncólogo (trata a pacientes con cáncer), el cardiólogo (trata las afecciones del corazón) y los ortopedistas (tratan las enfermedades óseas). Usted necesita una derivación para programar una visita en el consultorio de un especialista del plan, excepto para un obstetra/ginecólogo y para un especialista de salud mental.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica: el estado de Nevada tiene un programa de ayuda para medicamentos denominado Nevada's SeniorRx. Ofrece asistencia con los medicamentos recetados a beneficiarios que cumplen con los requisitos. Debe vivir continuamente en Nevada durante al menos un año (12 meses consecutivos) antes de la fecha de solicitud, y debe cumplir con los requisitos de ingresos limitados. Si tiene entre 18 y 61 años, tiene una discapacidad comprobable y cumple los requisitos de ingresos limitados, puede cumplir con los requisitos para DisabilityRx de Nevada.

Costo compartido estándar: es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI, en inglés): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, que sean discapacitados, ciegos o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

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

Servicio al Cliente del plan Senior Care Plus Complete

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME	Senior Care Plus: 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003 Las llamadas a este número son gratuitas. (No abrimos los 7 días de la semana 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.º 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, de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos. Servicio al Cliente al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
LLAME	Nations Hearing: De manera gratuita al 1-(877) 200-4189. TTY 711. Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las llamadas a este número son gratuitas.
LLAME	EyeMed: 1-(866)-723-0513. De lunes a sábados, de 7:30 a.m. a 11:00 p.m. (hora del Este) y los domingos de 11:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Este). Las llamadas a este número son gratuitas.
LLAME	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)
TTY	Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. (No abrimos los 7 días de la semana 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.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados y domingos, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.
FAX	775-982-3741
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
Correo postal	www.seniorcareplus.com

Nevada SHIP

Nevada SHIP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguro médico a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	1-800-307-4444 o 1-877-385-2345
TTY	1-877-486-2048 (Medicare) Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO	División de Servicios para la Vejez y la Discapacidad del Estado de Nevada 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706
Sitio web	https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/ o www.accesstohealthcare.org .

Cláusula de divulgación de la PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, en inglés) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación incluya un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.