

Evidencia de COBERTURA 2018



Los detalles de su plan

Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)



Llamada gratuita **1-800-650-6232, TTY 711**

del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.



www.SeniorDimensions.com



SENIOR DIMENSIONS®
from UnitedHealthcare®

Vigente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018

Evidencia de Cobertura:

Cobertura de beneficios y servicios de salud y de medicamentos con receta de Medicare como miembro de nuestro plan

En esta guía encontrará los detalles de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare, y cubre el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Este documento explica cómo obtener la cobertura de los servicios de cuidado de la salud y de los medicamentos con receta que usted necesita.



Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

El plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO), es asegurado por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. (Las partes en las que la Evidencia de Cobertura usa las palabras “nosotros”, “para nosotros” o “nuestro”, se refiere a UnitedHealthcare. Cuando usa las palabras “este plan” o “nuestro plan”, se refiere al plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)).

Los planes están asegurados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación de contrato del plan con Medicare.

Este documento está disponible gratuitamente en otros idiomas.

Llame a Servicio al Cliente al 1-800-650-6232 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.. El sistema telefónico automatizado atiende las llamadas recibidas los sábados, domingos y días festivos. Usted deja un mensaje detallado y un representante le devolverá la llamada lo antes posible. Las llamadas a estos números son gratis.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas.

Para obtener más información, por favor comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-650-6232. (Usuarios TTY deben llamar 711). El horario es del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana. Y el 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes.

El Servicio al Cliente también tiene disponible, de forma gratuita, servicios de interpretación para personas que no hablan inglés.

Puede obtener este documento en un formato alternativo, por ejemplo, en braille, en letras grandes o en audio. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-650-6232, TTY: 711, del 1 de octubre al 14

de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes., para obtener más información. Es posible que los beneficios, la prima, los copagos/el coseguro cambien el 1 de enero de 2019. Es posible que cambie el formulario, nuestra red de farmacias y la red de proveedores en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

2018 Evidencia de Cobertura Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. La primera página de cada capítulo es de gran ayuda para encontrar la información que busca. **La lista detallada de los temas está al comienzo de cada capítulo.**

- Capítulo 1 Primeros pasos como miembro..... 1-1**
Qué significa ser miembro de un plan de salud Medicare y cómo utilizar esta guía. Propósito de los materiales que recibirá por correo, la prima del plan, la multa por inscripción tardía a la Parte D, la tarjeta de ID del miembro del plan y el mantenimiento de la membresía.
- Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes..... 2-1**
Cómo ponerse en contacto con el plan (Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)) y con otras organizaciones, entre ellas, Medicare, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, el programa estatal de seguro de salud para personas con ingresos limitados Medicaid, programas que ayudan a las personas a pagar el costo de los medicamentos con receta, y la Junta de Retiro Ferroviario.
- Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos..... 3-1**
Información importante para obtener cuidado médico. Proveedores de la red del plan y cómo obtener cuidado en caso de emergencia.
- Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)..... 4-1**
Información detallada del cuidado médico que tiene y que no tiene cobertura para miembros del plan. Cantidad que le corresponde pagar como parte del costo del cuidado médico cubierto.
- Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 5-1**
Normas que debe seguir para obtener sus medicamentos de la Parte D. Cómo usar la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** para saber cuáles son los medicamentos que tienen cobertura. Medicamentos que **no** tienen cobertura. Restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Dónde puede surtir sus medicamentos con receta. Programas del plan para la seguridad y la administración de medicamentos..
- Capítulo 6 Costo de los medicamentos con receta de la Parte D 6-1**
Explica las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (**etapa de deducible, etapa de cobertura inicial, etapa sin cobertura, etapa de cobertura de gastos**

médicos mayores) y cómo afectan el costo de los medicamentos. Explica los cinco niveles de costo compartido de los medicamentos de la Parte D y la cantidad que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7 Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos..... 7-1

Cómo y cuándo debe enviar una factura para pedir al plan el reembolso de la parte del costo de los servicios o de los medicamentos cubiertos.

Capítulo 8 Derechos y responsabilidades..... 8-1

Derechos y responsabilidades como miembro del plan.

Qué puede hacer si piensa que sus derechos no son respetados.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....9-1

Pasos que usted debe seguir en caso de tener algún problema o situación preocupante como miembro del plan.

- Cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene problemas para obtener el cuidado médico o los medicamentos con receta que considera con cobertura conforme a nuestro plan. Cómo pedir una excepción a las normas o a las restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos con receta y cómo pedir el mantenimiento de la cobertura de cuidado hospitalario y de determinados tipos de servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.
- Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras situaciones preocupantes.

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en el plan..... 10-1

Cómo y cuándo puede terminar su membresía en el plan. Casos en los que el plan tiene la obligación de terminar su membresía.

Capítulo 11 Avisos legales.....11-1

Avisos sobre leyes vigentes y antidiscriminación.

Capítulo 12 Definición de palabras importantes..... 12-1

Términos clave usados en esta guía.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Sección 1	Introducción.....	3
	Sección 1.1 Usted está inscrito en el Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO), un Medicare HMO.....	3
	Sección 1.2 ¿Qué información contiene la guía Evidencia de Cobertura?.....	3
	Sección 1.3 Información legal sobre la guía Evidencia de Cobertura.....	3
Sección 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?.....	4
	Sección 2.1 Requisitos de participación.....	4
	Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	4
	Sección 2.3 Área de servicio del plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).....	5
	Sección 2.4 Ciudadanía norteamericana o estatus de presencia legal.....	5
Sección 3	Materiales adicionales que recibirá de nuestra parte.....	5
	Sección 3.1 Use su tarjeta de ID del miembro del plan para obtener todos los cuidados de la salud y los medicamentos con receta cubiertos.....	5
	Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan.....	6
	Sección 3.3 El Directorio de Farmacias es su guía de farmacias de nuestra red.....	7
	Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (Formulario).....	7
	Sección 3.5 Explicación de Beneficios de la Parte D: Informes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos con receta de la Parte D....	8
Sección 4	La prima mensual del plan.....	8
	Sección 4.1 Cuál es el costo de la prima del plan.....	8
Sección 5	¿Tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D?.....	9
	Sección 5.1 ¿Qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	9
	Sección 5.2 ¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D?..	9
	Sección 5.3 En algunas situaciones, se puede inscribir tarde y no tiene que pagar la multa.....	10
	Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?.....	11

Sección 6	¿Tiene que pagar una cantidad adicional por su Parte D debido a sus ingresos?	11
	
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?.....	12
Sección 6.2	¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?.....	12
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional de la Parte D?.....	13
Sección 6.4	¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional de la Parte D?.....	13
Sección 7	Más información sobre la prima mensual.....	13
Sección 7.1	Métodos de pago de la prima del plan.....	14
Sección 7.2	¿El plan puede cambiar la prima mensual del plan durante el año?...	16
Sección 8	Mantenga al corriente su registro de membresía del plan.....	16
Sección 8.1	Qué debe hacer usted para que el plan tenga su información correcta	16
Sección 9	Cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal.....	17
Sección 9.1	Cómo protegemos su información de salud.....	17
Sección 10	Coordinación de otro seguro de salud con nuestro plan.....	18
Sección 10.1	¿Cuál plan paga el costo de los servicios primeramente si usted tiene un seguro de salud adicional?.....	18

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 **Usted está inscrito en el Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO), un Medicare HMO**

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de cuidado de la salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).

La cobertura de este plan califica como cobertura mínima esencial y satisface los requisitos de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección del Paciente y de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Para más información sobre los requisitos individuales de la cobertura mínima esencial, consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS): <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Existen distintos planes de cuidado de la salud de Medicare. Nuestro plan es un El plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization]) que tiene la aprobación de Medicare y es administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 **¿Qué información contiene la guía Evidencia de Cobertura?**

La guía **Evidencia de Cobertura** explica cómo obtener servicios de cuidado de la salud de Medicare y medicamentos con receta que tienen cobertura a través de nuestro plan. La guía también explica sus derechos y responsabilidades, los servicios cubiertos y las cantidades que usted debe pagar como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a los cuidados, servicios médicos, además de los medicamentos con receta, que tiene a su disposición como miembro del plan.

Es para su provecho enterarse de las normas del plan y de los servicios que tiene a su disposición. Para ello, tome un momento para familiarizarse con la guía **Evidencia de Cobertura**.

Si algo no está claro y si tiene alguna duda o pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 1.3 **Información legal sobre la guía Evidencia de Cobertura**

Forma parte de nuestro contrato con usted

La guía **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted y describe la manera como el plan cubre su cuidado. Las partes adicionales de este contrato incluyen la solicitud de inscripción, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** y cualquier notificación que reciba de nuestra parte respecto a cambios a su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estos avisos se conocen también como “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en el plan, entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario el programa Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios del plan después del 31 de diciembre de 2018. También podemos optar por cancelar el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

El programa Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Como miembro de nuestro plan usted puede recibir la cobertura de Medicare siempre y cuando nosotros elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de este.

Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de participación

Usted cumple los requisitos de membresía de nuestro plan si:

- Está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 detalla ambas partes).
- – **Y** – vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 más abajo, describe nuestra área de servicio)
- – **Y** – es ciudadano norteamericano o tiene el estatus de presencia legal en los Estados Unidos
- – **Y además** – usted **no** padece enfermedad renal en etapa terminal (se aplican excepciones en casos limitados, por ejemplo, si contrae enfermedad renal en etapa terminal siendo miembro de uno de nuestros planes o de algún otro plan que fue eliminado).

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

Cuando usted se inscribió por primera vez en el programa Medicare, recibió información sobre los servicios que cubren la Parte A y la Parte B del programa. Recuerde que:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (pacientes hospitalizados, instalaciones de enfermería especializada o agencias de servicios de cuidado de la salud a domicilio).
- La Parte B de Medicare corresponde a la mayoría de los demás servicios médicos (por ejemplo, servicios de médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y da cobertura para adquirir determinados artículos (por ejemplo, equipo médico duradero (DME) y suministros médicos).

Sección 2.3 Área de servicio del plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, este plan está disponible únicamente a residentes de nuestra área de servicio. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. A continuación se proporciona el área de servicio del plan.

El área de servicio incluye estos condados en Nevada: Clark, Nye.

Si planea mudarse del área de servicio, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). Una vez que se haya mudado, dispondrá de un Período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva localidad.

Es importante también que se comunique con la oficina del Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los teléfonos y la información de contacto en la Sección 5 del Capítulo 2.

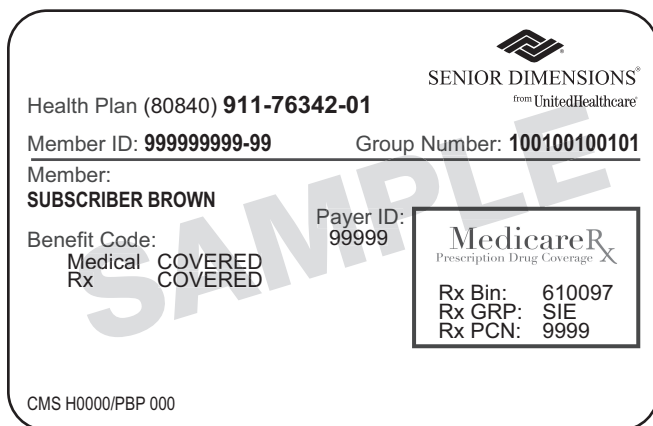
Sección 2.4 Ciudadanía norteamericana o estatus de presencia legal


Los miembros de planes de salud Medicare deben ser ciudadanos norteamericanos o tener estatus de presencia legal en los Estados Unidos. El programa Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará al plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón. El plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) cancelará su inscripción si no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales adicionales que recibirá de nuestra parte

Sección 3.1 Use su tarjeta de ID del miembro del plan para obtener todos los cuidados de la salud y los medicamentos con receta cubiertos

Como miembro de nuestro plan debe usar la tarjeta de ID del miembro que le proporcionemos siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para adquirir medicamentos con receta en farmacias de la red. Asimismo, siempre debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. La siguiente es una muestra de tarjeta de ID del miembro. La suya será muy parecida:+




SENIOR DIMENSIONS
from UnitedHealthcare

Health Plan (80840) **911-76342-01**

Member ID: **999999999-99** Group Number: **100100100101**

Member:
SUBSCRIBER BROWN

Benefit Code:
 Medical: **COVERED**
 Rx: **COVERED**

Payer ID:
99999

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

Rx Bin: **610097**
 Rx GRP: **SIE**
 Rx PCN: **9999**

CMS H0000/PBP 000

www.seniordimensions.com

In a life-threatening emergency, call 911 or go to an emergency room. This card does not guarantee coverage. To verify benefits/obtain prior authorization, call Customer Service.

Customer Service:	(999) 999-9999	999-999-9999
TTY/TDD:	711	711
24 Hour Advice Nurse:	(999) 999-9999	999-999-9999

For Providers: 999-999-9999
 Medical Claims: SD Claims, PO Box 15645, Las Vegas, NV 89114-5645

For Pharmacists: 1-999-999-9999
 Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 29045, Hot Springs, AR 71903

Como miembro de este plan, **no debe usar la tarjeta roja, azul y blanca de Medicare** para obtener servicios médicos con cobertura (excepto si se trata de ensayos clínicos de rutina y de servicios de un centro de cuidados paliativos). Conserve su tarjeta roja, azul y blanca de Medicare en un lugar seguro en caso de necesitarla en el futuro.

Esta información es de suma importancia por las siguientes razones: Si recibe servicios cubiertos por el plan y usa la tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare en vez de usar su tarjeta de ID del miembro del plan, posiblemente usted tendrá que pagar el costo completo usted mismo.

En caso de que su tarjeta sufra daño, robo o extravío llame inmediatamente al Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan

El **Directorio de Proveedores** es una lista de proveedores y de comerciantes de equipo médico duradero que forman parte de nuestra red.

¿Qué son “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales e instalaciones de cuidados de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar pagos de nuestra parte y el costo compartido que a usted le corresponda como el pago total por los servicios que proveen. Nosotros hemos llegado a un acuerdo para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y comerciantes de equipo médico duradero también está disponible en nuestro sitio web en www.SeniorDimensions.com.

¿Por qué es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red, excepto en limitadas ocasiones, porque mientras usted sea miembro de nuestro plan tiene que usar proveedores de la red para recibir cuidados y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios requeridos de urgencia cuando usted no dispone de la red (normalmente, si se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y cuando nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 **Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos** para obtener detalles específicos sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de cobertura.

Si no tiene el **Directorio de Proveedores**, puede solicitar uno llamando al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada de esta guía). Puede solicitar información adicional sobre los proveedores de la red, incluidos sus títulos y certificaciones, a Servicio al Cliente. También encontrará información sobre proveedores en nuestro sitio web. Obtenga la información más actualizada sobre los cambios efectuados en los proveedores de la red tanto de Servicio al Cliente como del sitio web. Encontrará nuestro sitio web e información telefónica en la portada de esta guía.

Sección 3.3 El Directorio de Farmacias es su guía de farmacias de nuestra red

¿Qué son “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas de los miembros de nuestro plan.

¿Cuál es la utilidad de la información de las farmacias de la red?

Si desea usar una farmacia de la red del plan, consulte **Directorio de Farmacias**. El próximo año espere que haya cambios a red de farmacias. En nuestro sitio web encontrará un Directorio de Farmacias actualizado www.SeniorDimensions.com. O si prefiere, llame al Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar un Directorio de Farmacias por correo. **Consulte el Directorio de Farmacias 2018 para encontrar farmacias de nuestra red.**

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, obtenga uno llamando al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). Llame al Servicio al Cliente cuando lo desee para obtener la información más actualizada acerca de los cambios a la red de farmacias. También encontrará esta información en nuestro sitio web www.SeniorDimensions.com.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (Formulario)

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos o Formulario**. Nosotros simplemente la llamamos **Lista de Medicamentos**. En ella se indican los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por este plan, los cuales han sido seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir las exigencias establecidas por Medicare. La Lista de Medicamentos del plan ha sido aprobada por Medicare.

En la Lista de Medicamentos también encontrará las normas que limitan la cobertura de sus medicamentos.

Para obtener la información más reciente y completa de los medicamentos que tienen cobertura, visite el sitio web del plan (www.SeniorDimensions.com) o bien llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 3.5 Explicación de Beneficios de la Parte D: Informes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos con receta de la Parte D

Una vez que comience a usar el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a entender y llevar el registro de los pagos que se hayan realizado por dichos medicamentos. Este informe resumido se llama **Explicación de Beneficios de la Parte D**.

La **Explicación de Beneficios de la Parte D** indica la cantidad total que usted, o alguien más en su nombre, ha gastado en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (**La cantidad que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**) ofrece más información sobre la **Explicación de Beneficios de la Parte D** para ayudarle a llevar el registro de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar un resumen de la Explicación de Beneficios de la parte D, llamando al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 4 La prima mensual del plan

Sección 4.1Cuál es el costo de la prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero se encargue de pagarla).

En ciertas situaciones, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, es posible que la prima del plan sea mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Estos casos se explican a continuación.

- Si se inscribió en beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted debe pagar una prima mensual adicional. Si tiene alguna pregunta sobre las primas del plan, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). La prima de la Cláusula adicional Dental Platinum es de \$34.00
- Algunos miembros deben pagar la **multa por inscripción tardía** en la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare tan pronto como reunieron los requisitos por primera vez o debido a que pasaron por un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta. El término “acreditable” significa que

se espera que la cobertura pague tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. En el caso de estos miembros, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la cantidad de la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D.

- Si usted recibe ayuda del programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
- Si debe pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, la cantidad depende del tiempo que se demoró para inscribirse en la cobertura de medicamentos o del número de meses que pasó sin cobertura de medicamentos después de haber reunido los requisitos de inscripción. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía en la Parte D.
- Si recibe una factura o el cobro de la multa por inscripción tardía en la Parte D pero no la paga, posiblemente se cancele su inscripción en el plan.

Sección 5 ¿Tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Nota: Si usted recibe ayuda del programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se añade a su prima en la Parte D. Es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un intervalo de 63 días, o más, consecutivos en que usted no tuvo cobertura de la Parte D ni tuvo ninguna otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Cobertura acreditable de medicamentos con receta” es una cobertura que cumple con las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que dicha cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. La cantidad de la multa depende del tiempo que esperó para inscribirse en un plan con cobertura acreditable de medicamentos con receta (después de que haya finalizado su período de inscripción inicial) o de cuántos meses calendario completos pasó sin tener una cobertura acreditable de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga cobertura en la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, le hacemos saber la cantidad de la multa. Su multa por inscripción tardía en la Parte D se considera como la prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa, de la forma siguiente:

- Primero cuente la cantidad de meses completos que se retrasó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que cumplió los requisitos para hacerlo. O cuente la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted continúa 14 meses sin cobertura, su multa será 14%.
- Después Medicare determina la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país basado en el año anterior. Para el año 2018, la prima promedio es de \$35.02.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la cantidad promedio de la prima y redondéela a los 10 centavos más próximos. En nuestro ejemplo, sería $14\% \times \$35.02$, que equivale a \$4.90. Este resultado se redondea a \$4.90. **Esta cantidad se sumaría a la prima mensual si la persona en cuestión tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que debe saber sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, la multa puede cambiar cada año, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según la determinación de Medicare) aumenta, su multa también aumentará.
- Segundo, usted seguirá pagando una multa cada mes mientras esté inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65 años. Después de cumplir los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para su transición a Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, se puede inscribir tarde y no tiene que pagar la multa

Incluso si retrasó su inscripción en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare después de haber cumplido los requisitos por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en una de estas situaciones:

- Si usted ya tiene cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de

Medicare. Medicare la considera “**cobertura acreditable de medicamentos**”. Tenga presente lo siguiente:

- La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o de un sindicato, de TRICARE, o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o su departamento de recursos humanos le indicará cada año si su plan de cobertura de medicamentos es acreditable. Recibirá esta información por carta o en un boletín del plan. Guarde esta información, porque tal vez la necesite si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
 - Tenga presente lo siguiente: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando la cobertura de su plan de salud termina, tal vez no signifique que su plan de cobertura de medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura “acreditable” de medicamentos con receta que pagaría tanto como el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
- Los siguientes recursos **no son** coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios de internet con descuentos para medicamentos.
- Consulte la información adicional sobre coberturas acreditables en el manual **Medicare y Usted del año 2018** o llame a Medicare al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tuvo cobertura acreditable, pero esto sucedió durante un período inferior a 63 días consecutivos.
- Si recibe asistencia del programa Ayuda Adicional de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden pedirnos que revisemos la decisión sobre dicha multa. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después de la fecha en que recibió la carta en que se le avisa que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Llame al Departamento de Servicio al Cliente para averiguar los pasos a seguir (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 6 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional por su Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de la gente paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos suman \$85,000 o más en caso de ser usted solo (o las personas casadas que presentan una declaración de impuestos por separado), o \$170,000 o más en el caso de las parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno para recibir cobertura de la Parte D de Medicare.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le mandará una carta indicándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Beneficios de Administración del Personal, sin importar de qué manera pague usted su prima del plan, a no ser que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional a pagar. Si su cheque de beneficios no alcanza a cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. Dicha cantidad no puede ser pagada con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos en su declaración de impuestos (una vez que han sido ajustados y modificados) es mayor que una cantidad determinada, usted deberá pagar una cantidad adicional además de la prima mensual de su plan.

La tabla siguiente muestra la cantidad adicional basada en sus ingresos.

Si declara sus impuestos individualmente y sus ingresos en 2016 fueron:	Si es casado pero declara sus impuestos por separado y sus ingresos en 2016 fueron:	Si declara sus impuestos en forma conjunta y sus ingresos en 2016 fueron:	Este es el costo mensual de su cantidad adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)
Igual a o menos de \$85,000	Igual a o menos de \$85,000	Igual a o menos de \$170,000	\$0
Más de \$85,000 y menos de o igual a \$107,000		Más de \$170,000 y menos de o igual a \$214,000	\$13.00

Si declara sus impuestos individualmente y sus ingresos en 2016 fueron:	Si es casado pero declara sus impuestos por separado y sus ingresos en 2016 fueron:	Si declara sus impuestos en forma conjunta y sus ingresos en 2016 fueron:	Este es el costo mensual de su cantidad adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)
Más de \$107,000 y menos de o igual a \$133,500		Más de \$214,000 y menos de o igual a \$267,000	\$33.60
Más de \$133,500 y menos de o igual a \$160,000		Más de \$267,000 y menos de o igual a \$320,000	\$54.20
Más de \$160,000	Más de \$85,000	Más de \$320,000	\$74.80

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar más sobre cómo hacer esto, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional de la Parte D?

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

Sección 7 Más información sobre la prima mensual

Muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para cumplir los requisitos de nuestro plan usted debe tener derecho a la Parte A y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por esta razón, algunos miembros del plan (aquellos que no cumplen los requisitos de la Parte A sin pagar la prima) deben pagar una prima de la Parte A de Medicare. La gran mayoría de los miembros del

plan pagan la prima de la Parte B. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como el Ajuste mensual acorde a su ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA). Si sus ingresos totalizan \$85,000 o más, en el caso de un individuo (o individuos casados que presentan su declaración de impuestos por separado), o \$170,000 o más, en el caso de las parejas casadas, **usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si usted debe pagar la cantidad adicional y no lo hace se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si debe pagar la cantidad adicional, recibirá una carta de parte del Seguro Social **y no del plan de Medicare**, en la que se indicará el monto adicional.
- Para obtener más información sobre la prima de la Parte D basada en los ingresos, consulte la Sección 11 del Capítulo 6 de esta guía. Si lo prefiere, visite el sitio web <https://es.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si lo prefiere, llame a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En su ejemplar de **Medicare y Usted 2018** puede encontrar información acerca de las primas de Medicare en la Sección titulada 2018 Costos de Medicare. Este folleto explica como difieren las primas de la Parte D y entre personas con ingresos diversos. Todos los miembros de Medicare reciben un ejemplar de Medicare y Usted cada año en el otoño. Los miembros nuevos del programa reciben la copia a más tardar un mes después de haberse inscrito. Si prefiere, puede descargar un ejemplar de **Medicare y Usted 2018** del sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). O si prefiere, solicite un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Métodos de pago de la prima del plan

Usted cuenta con tres formas de pagar la prima del plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente para indicar el método de pago que prefiere para pagar la prima del plan, si es que desea cambiar su opción actual. (Encontrará el número de teléfono en la contracubierta de esta guía.)

Si decide cambiar la forma de pago de la prima, puede demorar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud, usted es responsable de pagar la prima del plan a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede optar por pagar la prima mensual del plan directamente al plan con un cheque o giro postal. El pago vence el primer día del mes. Remita el cheque a nombre de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) e incluya su número de identificación de miembro. Envíe el cheque por correo a esta dirección:

Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)
PO Box 749546
Los Angeles, CA 90074-9546

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos

En lugar de hacer pagos con cheque, puede pedir que su pago de la prima mensual del plan sea deducido automáticamente de su cuenta de cheques. El pago mensual se deducirá de su cuenta aproximadamente el 5º día de cada mes. Si desea inscribirse en el servicio de transferencia electrónica de fondos, o llame al Servicio al Cliente para recibir asistencia.

Opción 3: Puede pedir que el pago de la prima del plan sea deducido de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que el pago de la prima del plan sea deducido de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio al Cliente y pida instrucciones adicionales para pagar la prima mensual del plan por este método. Nos complacerá ayudarlo a hacer los arreglos necesarios. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

El pago de la prima del plan debe ser recibido en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos el pago de la prima a más tardar el primer día del mes, recibirá un aviso de morosidad. Además, tenemos el derecho a exigir el pago de las primas que nos adeude. Si tiene problemas para pagar puntualmente la prima, comuníquese con Servicio al Cliente, trataremos de orientarle sobre programas de asistencia para el pago de la prima. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la prima del plan, todavía tendrá cobertura de salud bajo el plan Medicare Original.

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la prima, y, además, no tiene cobertura de medicamentos con receta actualmente, tal vez no tenga cobertura de la Parte D sino hasta el siguiente año siempre y cuando se inscriba en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción anual, podrá inscribirse en un plan independiente para medicamentos con receta o en un plan de salud que también provea cobertura de medicamentos. (Si usted no tiene cobertura acreditable de medicamentos con receta durante más de 63 días, posiblemente tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

Al momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún adeude las primas que no nos haya pagado. Tenemos el derecho de exigir el cobro de las primas que adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en plan (o en otro plan que ofrezcamos), primero tendrá que pagar la cantidad que adeuda para poder inscribirse.

Si piensa que la cancelación de su membresía fue una equivocación, tiene derecho a presentar una queja para pedir que reconsideremos la decisión tomada. Las instrucciones para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 9 de la Sección 10 de esta guía. Si se presentó una situación

de urgencia fuera de su control la cual produjo el incumplimiento del pago de la prima del plan dentro de nuestro periodo de gracia, puede pedirnos que reconsideremos la decisión llamando a 1-800-650-6232 entre del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que finalice su membresía.

Sección 7.2 ¿El plan puede cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos quizá tenga que comenzar a pagar la multa por inscripción tardía o dejar de pagarla del todo. Se aplicará la multa por inscripción tardía si usted careció de cobertura acreditable de medicamentos con receta por un período continuo de 63 días o más. Esto podría ocurrir si usted adquiere el derecho a participar en el programa Ayuda Adicional o si pierde su derecho de participación en el programa durante el año.

- Si actualmente está pagando la multa por inscripción tardía en la Parte D y cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagar dicha multa.
- Si alguna vez pierde el subsidio para personas con bajos ingresos (programa Ayuda Adicional), tendrá que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez usted no tiene cobertura acreditable de medicamentos con receta durante más de 63 días.

La Sección 7 del Capítulo 2 contiene más detalles sobre el programa Ayuda Adicional.

Sección 8 Mantenga al corriente su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Qué debe hacer usted para que el plan tenga su información correcta

Su registro de membresía tiene la información de su solicitud de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. También indica la cobertura específica del plan incluyendo a su proveedor de cuidado primario.

Resulta necesario que los médicos, hospitales, farmacéuticos, y demás proveedores de la red del plan tengan sus datos correctos. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos, y la cantidad de costo compartido que le corresponde pagar a usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información al corriente.

Manténganos al tanto de los siguientes cambios:

- Nombre, dirección o número de teléfono.

- Todo cambio a la cobertura de seguro de salud o de medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, del Seguro de accidentes laborales o de Medicaid).
- Todo reclamo por responsabilidad civil, por ejemplo, reclamos debido a un accidente automovilístico.
- Si ha sido admitido en un asilo de convalecencia.
- Si recibe cuidados en un hospital o sala de emergencias que está fuera del área o que no es parte de la red.
- Si cambia la parte designada responsable (por ejemplo, la persona encargada de su cuidado).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si alguno de estos datos cambia, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

También es importante que se ponga en contacto con la Oficina del Seguro Social si se muda o su dirección postal cambia. Encontrará los teléfonos y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Lea detenidamente la información que le enviemos sobre alguna otra cobertura de seguro que tenga

Medicare exige que recopilemos información relacionada con cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos que usted tenga. Esto es necesario porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios que recibe de nuestro plan. (Consulte la Sección 10 de este Capítulo para obtener más información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura en caso de que usted tenga otro seguro.)

Una vez al año, recibirá de nuestra parte una carta con un listado de cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos de la que estemos enterados. Le pedimos que lea esta información detenidamente. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información está equivocada o si hay alguna otra cobertura no incluida, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 9 Cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Cómo protegemos su información de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su registro médico así como la información de salud personal. Nosotros protegemos la información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre como protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8, de esta guía.

Sección 10 Coordinación de otro seguro de salud con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga el costo de los servicios primeramente si usted tiene un seguro de salud adicional?

Si usted tiene un seguro de salud adicional, por ejemplo, cobertura de salud de grupo por parte de su empleador, Medicare ha fijado normas para decidir cuál de los dos seguros debe pagar el costo de los servicios primeramente. El seguro que paga en primero lugar se llama “pagador primario” y le corresponde pagar hasta la cantidad de los límites fijados por esta cobertura. El seguro que paga en segundo lugar se llama “pagador secundario” y únicamente cubre el costo de los servicios que la cobertura primaria no cubre. Es probable que el pagador secundario no pague todos los costos que no han sido cubiertos.

Estas normas se aplican en el caso de que exista cobertura del plan de salud de parte de un empleador o un sindicato:

- Medicare es el pagador primario si usted tiene cobertura de jubilación.
- Si la cobertura del plan de salud de grupo se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién es el pagador primario dependerá de su edad, el número de empleados de la compañía de su empleador y del hecho de que usted tenga Medicare según su edad, discapacidad o si sufre enfermedad renal en etapa terminal:
 - Si usted tiene menos de 65 años y es discapacitado y, además, usted o el miembro de su familia trabaja todavía, su plan de salud grupal pagará los servicios primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o bien, si al menos uno de los empleadores, en el caso de un plan para empleadores múltiples, tiene más de 100 empleados.
 - Si usted tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabaja, su plan de salud grupal pagará los servicios primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, si al menos uno de los empleadores, en el caso de un plan para empleadores múltiples, tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a que padece enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará los servicios primero durante los primeros 30 meses después de que usted cumpla los requisitos para recibir Medicare.

Por lo general, los siguientes tipos de cobertura son los pagadores primarios de servicios relacionados a ellos:

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por antracosis
- Seguro de accidentes laborales

Ni Medicaid ni TRICARE son los pagadores primarios de los servicios cubiertos por Medicare. Ambos se responsabilizan del pago únicamente después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado su parte.

Dé aviso a su médico, hospital y farmacia de algún otro seguro de salud que tenga. Si tiene preguntas respecto a quién es el primer responsable del pago de los servicios, o si necesita

actualizar la información del seguro secundario, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). Posiblemente sea necesario que de parte a las otras aseguradoras (una vez que haya confirmado la identidad de ellas) su número de identificación de miembro del plan para asegurar el pago correcto y puntual de sus facturas.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1	Contactos de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) (Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan para todas sus necesidades)....	2
Sección 2	Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	9
Sección 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (Obtenga ayuda, información y respuestas gratuitamente a sus preguntas sobre Medicare).....	10
Sección 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Una entidad que recibe pagos directamente del programa Medicare para verificar la calidad del cuidado de la salud que reciben las personas inscritas en el programa).....	11
Sección 5	Seguro Social.....	12
Sección 6	Medicaid (Un programa estatal y federal conjunto que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos).....	13
Sección 7	Información sobre programas que ayudan a ciertas personas a pagar sus medicamentos con receta.....	14
Sección 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria.....	18
Sección 9	¿Tiene seguro grupal o algún otro seguro de salud proporcionado por un empleador?.....	18

Sección 1 **Contactos de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) (Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan para todas sus necesidades)**

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembro, llame o escriba al Servicio al Cliente de nuestro plan. Estaremos encantados de poder ayudarlo.

Método	Servicio al Cliente - Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-650-6232 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.</p>
ESCRIBA A	<p>Senior Dimensions P.O. Box 15645, Las Vegas, NV 89114</p>
SITIO WEB	<p>www.SeniorDimensions.com</p>

Cómo solicitar una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con respecto a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Si desea saber cómo pedir decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Puede llamarnos si tiene preguntas con respecto a nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-650-6232</p>

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico – Información de contacto
	Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
ESCRIBA A	Senior Dimensions P.O. Box 15645, Las Vegas, NV 89114
SITIO WEB	www.SeniorDimensions.com

Cómo presentar una apelación sobre su cuidado médico

Una apelación es el mecanismo formal para pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea saber cómo presentar una apelación con respecto a su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (**Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Apelaciones sobre el cuidado médico – Información de contacto
LLAME AL	1-800-650-6232 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Si se trata de apelaciones rápidas o expeditas acerca del cuidado médico: Si llama fuera del horario normal de atención del Servicio al Cliente para solicitar una revisión rápida o apelación rápida/expedita, sírvase llamar al Departamento de Respuestas y Resoluciones para el Cliente (Customer Response and Resolution Department, CR&R) al 702-242-7839 o llame de manera gratuita al 1-800-578-6757 . Si recibe nuestro mensaje de correo de voz, su llamada será contestada en un lapso no mayor de 24 horas.

Método	Apelaciones sobre el cuidado médico – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
ENVÍE UN FAX AL	Solo para apelaciones rápidas o expeditas: 1-702-266-8813
ESCRIBA A	Senior Dimensions P.O. Box 14865, Las Vegas, NV 89114
SITIO WEB	www.SeniorDimensions.com

Cómo presentar una queja sobre el cuidado médico

Puede presentar una queja acerca de nuestros servicios o de nuestros proveedores de la red, incluidas las quejas sobre la calidad del cuidado médico recibido. Este tipo de queja no tiene que ver con cobertura ni disputas de pago. (Si su problema tiene que ver con la cobertura o los pagos del plan, consulte la Sección anterior sobre cómo presentar una apelación.) Si desea saber cómo presentar una queja con respecto a su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (**Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Quejas sobre el cuidado médico – Información de contacto
LLAME AL	1-800-650-6232 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Si se trata de quejas de tramitación rápida o expedita sobre el cuidado médico: Si llama fuera del horario normal de atención del Servicio al Cliente para solicitar una revisión rápida o apelación rápida/expedita, sírvase llamar al Departamento de Respuestas y Resoluciones para el Cliente (Customer Response and Resolution Department, CR&R) al 702-242-7839 o llame de manera gratuita al 1-800-578-6757 . Si recibe nuestro mensaje de correo de voz, su llamada será contestada en un lapso no mayor de 24 horas.

Método	Quejas sobre el cuidado médico – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
ENVÍE UN FAX AL	Únicamente para quejas de tramitación rápida: 1-702-266-8813
ESCRIBA A	Senior Dimensions P.O. Box 14865, Las Vegas, NV 89114
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar su queja sobre el plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, vaya a https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Qué hacer si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con respecto a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta de la Parte D cubiertos bajo el beneficio incluido en su plan. Si desea saber cómo pedir decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-800-650-6232 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
	Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
ENVÍE UN FAX AL	1-800-527-0531
ESCRIBA A	Senior Dimensions P.O. Box 15645, Las Vegas, NV 89114
SITIO WEB	www.SeniorDimensions.com

Cómo presentar una apelación de sus medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es el mecanismo formal para pedir que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea saber cómo presentar una apelación con respecto a sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (**Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-800-650-6232 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Si se trate de apelaciones rápidas o expeditas sobre medicamentos con receta de la Parte D: Si llama fuera del horario normal de atención del Servicio al Cliente para solicitar una revisión rápida o apelación rápida/expedita, sírvase llamar al Departamento de Respuestas y Resoluciones para el Cliente (Customer Response and Resolution Department, CR&R) al 702-242-7839 o llame de manera gratuita al 1-800-578-6757 . Si recibe nuestro mensaje de correo de voz, su llamada será contestada en un lapso no mayor de 24 horas.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
	Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
ENVÍE UN FAX AL	Si se trata de apelaciones de tramitación estándar de medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6294 Si se trata de apelaciones rápidas o expeditas de medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6296
ESCRIBA A	Senior Dimensions PO Box 6106, CA124-0197, Cypress, CA 90630
SITIO WEB	www.SeniorDimensions.com

Cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nuestros servicios o los de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad del cuidado de la salud que usted recibe. Este tipo de queja excluye disputas con la cobertura y pagos. (Si su problema es respecto a la cobertura o los pagos del plan, consulte la Sección anterior sobre cómo presentar una apelación.) Si desea saber cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (**Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D : Información de contacto
LLAME AL	1-800-650-6232 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Para apelaciones rápidas o expeditas sobre medicamentos con receta de la Parte D: Si llama fuera del horario normal de atención del Servicio al Cliente para solicitar una revisión rápida o apelación rápida/expedita, sírvase llamar al Departamento de Respuestas y Resoluciones para el Cliente (Customer Response and Resolution Department, CR&R) al 702-242-7839 o llame de

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D : Información de contacto
	manera gratuita al 1-800-578-6757 . Si recibe nuestro mensaje de correo de voz, su llamada será contestada en un lapso no mayor de 24 horas.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
ENVÍE UN FAX AL	Para quejas de tramitación rápida o expedita de medicamentos con receta de la Parte D: 1-702-266-8813
ESCRIBA A	Senior Dimensions P.O. Box 14865, Las Vegas, NV 89114
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar su queja sobre el plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por internet a Medicare, vaya a https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde debe remitir su solicitud para pedir que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que haya recibido.

Si desea más información en caso que necesite pedirnos el reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos.**

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y negamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).**

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME AL	1-800-650-6232 Las llamadas a este número son gratis.

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
	Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
ESCRIBA A	Solicitudes de pago de reclamos médicos: Senior Dimensions Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: OptumRx P.O. Box 29045, Hot Springs, AR 71903
WEBSITE	www.SeniorDimensions.com

Sección 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada CMS). Esta agencia tienen un contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo a nosotros mismos.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Medicare – Información de contacto
<p>SITIO WEB</p>	<p>https://es.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Este sitio le brinda información al día sobre Medicare y los asuntos corrientes de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias servicios de cuidado de la salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye guías que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare contiene detalles para determinar si cumple los requisitos para recibir Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta para determinar si cumple los requisitos para recibir Medicare: le proporciona información los requisitos para recibir Medicare. • Buscador de planes de Medicare: le proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta y planes de salud de Medicare, así como de las pólizas del seguro Medigap (seguro complementario de Medicare) en el área donde usted vive. Estas herramientas le dan una estimación de los costos directos de su bolsillo que tendría en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para presentar una queja ante Medicare respecto a Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente su queja ante Medicare: Puede presentar su queja sobre el plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite el sitio web https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar los servicios del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, acuda a su biblioteca o centro local para adultos de edad avanzada, donde le permitirán usar las computadoras para visitar este sitio web. O si prefiere, puede llamar a Medicare y pedir la información está buscando. Medicare buscará la información que solicite en el sitio web, imprimirán una copia y se la enviarán por correo. Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)</p>

**Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud
 (Obtenga ayuda, información y respuestas
 gratuitamente a sus preguntas sobre Medicare)**

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa de ayuda del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En el estado donde usted reside, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud se llama Nevada State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a las personas inscritas en Medicare.

Los asesores del programa pueden ayudarlo a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare. También le ayudarán a entender sus derechos bajo Medicare, a presentar quejas relacionadas con su cuidado médico o tratamientos médicos y a resolver los problemas con las facturas de Medicare. Estos asesores también le ayudarán a que entienda las opciones de su plan de Medicare y responderán sus preguntas si desea cambiar de plan.

Método	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) – Información de contacto Nevada Nevada State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
LLAME AL	1-800-307-4444
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	3416 Goni RD, STE D-132, Carson City, NV 89706
SITIO WEB	http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Una entidad que recibe pagos directamente del programa Medicare para verificar la calidad del cuidado de la salud que reciben las personas inscritas en el programa)

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada en cada estado para el servicio de los beneficiarios de Medicare. En Nevada, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO Program.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del estado en el que usted reside cuenta con un grupo de médicos y de profesionales del cuidado de la salud que reciben el pago por sus servicios directamente del gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para

verificar y mejorar la calidad del cuidado de la salud de las personas inscritas en Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de un estado en particular es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

En cualquiera de los siguientes casos, deberá ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado:

- Quejas relacionadas con la calidad del cuidado de la salud que ha recibido.
- Piensa que la cobertura por su estadía en un hospital terminará demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o centro para la rehabilitación completa de pacientes ambulatorios terminarán demasiado pronto.

Método	Organización para el Mejoramiento de la Calidad: Información de contacto Nevada Livanta BFCC-QIO Program
LLAME AL	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora local; fines de semana y días festivos, de 11 a.m. a 3 p.m., hora local
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solamente para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	9090 Junction DR, STE 10, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.BFCCQIOAREA5.COM

Sección 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar si usted cumple los requisitos de inscripción en el programa Medicare y también se encarga de administrarlo. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, los residentes permanentes legales y aquellos que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, cumplen los requisitos para participar en Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática, de lo contrario, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción en Medicare, y si usted desea inscribirse en el programa puede llamar a la Oficina del Seguro Social o visitar la de su localidad.

El Seguro Social también es determina quién debe pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que percibe ingresos más altos. Si recibe una carta del Seguro Social para informarle que debe pagar la cantidad adicional y si tiene preguntas sobre esta cantidad o si sus ingresos son menores debido a un acontecimiento que ha cambiado su vida, llame al Seguro Social para solicitar que reconsideren la decisión tomada.

Si se muda o cambia su dirección postal, es muy importante que se comunice con el Seguro Social para dar parte.

Método	Seguro Social : Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios de teléfono automático del Seguro Social para obtener información grabada y completar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

Sección 6 **Medicaid (Un programa estatal y federal conjunto que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos)**

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que cumplen los requisitos para Medicare también los cumplen para Medicaid.

Además, se ofrecen programas a través de Medicaid para asistir a los miembros de Medicare con el pago de sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Los siguientes cuatro programas de ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas inscritas en el programa QMB también cumplen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid [Programa QMB+].)
- **Beneficiario de Medicare especificado con bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas inscritas en el programa SLMB también cumplen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid [SLMB+].)
- **Individuo Calificado (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- **Individuo calificado como discapacitado que trabaja (Qualified Disabled & Working Individuals, [QDWI]):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con su agencia estatal de Medicaid.

Método	Programa estatal de Medicaid: Información de contacto Nevada Nevada Department of Health and Human Services
LLAME AL	1-800-992-0900 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	1100 E Williams ST, STE 101, Carson City, NV 89701
SITIO WEB	http://dhcftp.nv.gov

Sección 7 Información sobre programas que ayudan a ciertas personas a pagar sus medicamentos con receta

Programa Ayuda Adicional de Medicare

Medicare proporciona el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de medicamentos con receta a las personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni automóvil. Si cumple las condiciones, recibirá ayuda para pagar las primas mensuales del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de recetas. Esta Ayuda Adicional también se toma en cuenta para los gastos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden cumplir los requisitos para recibir el programa Ayuda Adicional. Algunas califican automáticamente para recibir el programa y no necesitan solicitar su inscripción en él. Medicare envía automáticamente una carta a las personas que califican para que se incorporen a este programa.

Posiblemente usted reciba el programa Ayuda Adicional para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si cumple los requisitos del programa llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitud), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o

- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este Capítulo para obtener la información de contacto).

Si piensa que cumple los requisitos para recibir el programa Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando surte sus recetas en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener prueba de cuál es su nivel de copago correcto. También le ofrecemos la alternativa de darnos la prueba del nivel de copago correcto si ya la tiene.

- Envíe la información por fax al 702-869-2490 o por correo a P.O. Box 15645, Las Vegas, NV 89114.
- Cuando recibamos la prueba que demuestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pague el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si paga más de lo que debería de copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la cantidad del sobrepago o la reduciremos de los copagos futuros. Si la farmacia no ha recaudado su copago y lo procesa como una cantidad que usted adeuda, entonces posiblemente hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado realiza pagos en nombre suyo, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos se encuentran impresos en la contracubierta de esta guía).

Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare

El Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare provee descuentos del fabricante para medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa sin cobertura y que no estén recibiendo el programa Ayuda Adicional. Para los medicamentos de marca, el 50% de descuento del fabricante excluye todas las tarifas de suministro de los costos incurridos durante la interrupción en la cobertura. El miembro paga 35% del precio negociado, además de una parte del cargo de suministro por los medicamentos de marca.

Si pasa a la etapa sin cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando la farmacia le facture la receta. El descuento aplicado aparecerá en el documento **Explicación de Beneficios de la Parte D**. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante se consideran parte de los gastos de su bolsillo como si las hubiera pagado y le permite avanzar por la etapa sin cobertura. La cantidad que el plan paga (15%) no se considera parte de los gastos de su bolsillo.

Usted también recibirá cobertura para medicamentos genéricos. Si pasa a la etapa sin cobertura, el plan pagará el 56% del precio de los medicamentos genéricos y usted pagará el 44% restante. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (56%) no se contabiliza a cuenta de los gastos de su bolsillo. Solamente se contabiliza la cantidad que usted paga y le permite avanzar por la etapa sin cobertura. Asimismo, la tarifa de suministro se incluye en el costo del medicamento.

El Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare se ofrece en todo el país. Debido a que su plan ofrece cobertura adicional para la etapa sin cobertura, en ocasiones los gastos de su bolsillo serán menores que los gastos que se indican aquí. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6, para obtener más información acerca de la cantidad del copago o el coseguro durante la etapa sin cobertura.

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare en general, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos se encuentran impresos en la contracubierta de esta guía).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de parte de un programa estatal de ayuda para medicamentos?

Si se ha inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en un programa que provea cobertura para medicamentos de la Parte D (aparte del programa Ayuda Adicional), aun así recibirá el descuento del 50% para los medicamentos de marca con cobertura. Además, el plan paga el 15% de los costos de los medicamentos de marca en la etapa sin cobertura. Tanto el descuento del 50% como el del 15% que paga el plan, se aplican al precio del medicamento antes de emplear el Programa estatal de asistencia farmacéutica o el de otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el sida ¿Qué es el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas que cumplen los requisitos de participación y que tienen el virus de inmunodeficiencia humana/sida tengan acceso a medicamentos contra el virus que salvan la vida. Los medicamentos con receta de Parte D de Medicare, que también tienen cobertura con este programa, cumplen las condiciones de asistencia con el costo compartido. Nota: Para cumplir los requisitos de participación en el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre ellos, prueba de residencia en el estado, diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana y comprobante de bajos ingresos según la definición de cada estado, y no tener seguro de salud o tener uno con una cobertura insuficiente.

Si actualmente está inscrito en el programa, puede seguir recibiendo ayuda con el costo compartido de los medicamentos de la Parte D de Medicare si estos se encuentran en el Formulario del Programa. Para asegurarse de seguir recibiendo esta ayuda, informe a su agente local de inscripciones del Programa sobre cualquier cambio al nombre del plan de la Parte D de Medicare o a su número de póliza.

Para información acerca de los criterios para reunir los requisitos, de los medicamentos con cobertura o sobre como inscribirse en el programa, llame a su oficina estatal del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida listada más abajo.

Método	Programa de Ayuda para Medicamentos para el Sida - Información de contacto Nevada Office of HIV/AIDS
LLAME AL	1-775-684-3499 de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
SITIO WEB	http://dpbh.nv.gov/Programs/HIV-Ryan/Ryan_White_Part_B_-_Home/

¿Qué sucede si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos con receta? ¿Podrá obtener los descuentos?

No. Si recibe el programa Ayuda Adicional, ya tiene cobertura para costear los medicamentos con receta durante la etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento pero cree que debería recibirlo?

Si piensa que ya alcanzó la etapa sin cobertura y no recibió un descuento al pagar su medicamentos de nombre de marca, debe revisar el documento Explicación de Beneficios de la Parte D tan pronto lo reciba. Si el descuento no aparece en este documento, debe comunicarse con nosotros para confirmar que los registros de sus medicamentos estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le debemos un descuento, puede presentar una apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación ante el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, llame a los teléfonos que aparecen en la Sección 3 de este Capítulo o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de ayuda para medicamentos

Muchos estados cuentan con programas estatales de ayuda para medicamentos o Programas estatales de asistencia farmacéutica que asisten a algunas personas para pagar sus medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad, condición de salud o discapacidad. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Nevada, el Programa estatal de ayuda para medicamentos se llama Nevada Senior/Disability Rx Program.

Método	Programas estatales de ayuda para medicamentos – Información de contacto Nevada Nevada Senior/Disability Rx Program
LLAME AL	1-775-687-4210 de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	3416 Goni RD, STE D-132, Carson City, NV 89706
SITIO WEB	http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/

Sección 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria**

La Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, póngase en contacto con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que actualice su información si se muda o si cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes. Si su teléfono es de botones, se cuenta con información grabada y servicios automatizados las 24 horas del día, los siete días de la semana, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratis.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

Sección 9 **¿Tiene seguro grupal o algún otro seguro de salud proporcionado por un empleador?**

Si, como parte de este plan, usted (o su cónyuge) recibe beneficios de parte del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge), llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede pedir información sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge). (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la portada posterior de esta guía). Como alternativa, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas a su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge), comuníquese con el administrador de beneficios del grupo. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo se coordinará nuestro plan con su cobertura actual de medicamentos con receta.

CAPÍTULO 3

Cómo usar la cobertura del plan
para obtener servicios médicos

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Sección 1	Cómo obtener la cobertura de cuidado de la salud como miembro del plan.....	3
	Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de la red” y servicios cubiertos?.....	3
	Sección 1.2 Normas básicas para obtener cobertura de cuidado de la salud de parte del plan.....	3
Sección 2	Uso de proveedores de la red del plan para obtener cuidado de la salud.....	4
	Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario para proporcionar y supervisar su cuidado de la salud.....	4
	Sección 2.2 Tipos de atención médica que puede obtener sin la aprobación anticipada del proveedor de cuidado primario.....	6
	Sección 2.3 Cómo obtener cuidado de especialistas y de otros proveedores de la red.....	6
	Sección 2.4 Cómo obtener cuidados de la salud de proveedores fuera de la red....	7
Sección 3	Cómo obtener servicios cubiertos en casos de emergencia, necesidad urgente de cuidado de la salud o durante un desastre.....	8
	Sección 3.1 Cómo obtener cuidado en casos de emergencia médica.....	8
	Sección 3.2 Cómo obtener cuidado en casos de necesitar urgentemente los servicios médicos.....	9
	Sección 3.3 Obtención de cuidados durante un desastre.....	10
Sección 4	Facturación directa del costo total de los servicios cubiertos.....	10
	Sección 4.1 Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.....	10
	Sección 4.2 Si los servicios no tienen cobertura del plan, usted debe pagar el costo total.....	10
Sección 5	¿Qué servicios médicos están cubiertos cuando participa en un ensayo clínico?	11
	Sección 5.1 ¿Qué es un ensayo clínico?.....	11
	Sección 5.2 Si participa en un ensayo clínico, ¿qué costos debe pagar usted o el plan?.....	12

Sección 6	Normas para obtener cuidados cubiertos en una institución religiosa no médica que ofrece servicios de salud.....	13
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?	13
Sección 6.2	¿Qué cuidados de una institución religiosa no médica para servicios de salud están cubiertos por nuestro plan?.....	13
Sección 7	Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero.....	14
Sección 7.1	¿Quién es el propietario del equipo médico duradero después de haber realizado una cantidad determinada de pagos en nuestro plan?	14

Sección 1 **Cómo obtener la cobertura de cuidado de la salud como miembro del plan**

En este Capítulo encontrará información para obtener los servicios que ofrece la cobertura de cuidado de la salud del plan. También contiene definiciones de términos y una explicación de las normas que debe seguir para obtener los tratamientos, servicios y otros cuidados de la salud cubiertos por el plan.

Para los detalles del tipo de cuidado de la salud que cubre nuestro plan y la cantidad que usted paga al obtener estos servicios, use la **Tabla de Beneficios** del Capítulo 4 (**Tabla de Beneficios Médicos, qué cubre el plan y qué paga usted**).

Sección 1.1 **¿Qué son “proveedores de la red” y servicios cubiertos?**

Las siguientes son algunas definiciones que le ayudarán a saber cómo obtener los cuidados y los servicios médicos que tienen cobertura como miembro de nuestro plan:

- **Proveedores** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que el estado certifica para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones de cuidado de la salud.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales e instalaciones de cuidados de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar pagos de nuestra parte y el costo compartido que a usted le corresponda como el pago total por los servicios que proveen. Nosotros hemos llegado a un acuerdo para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red facturan sus servicios directamente al plan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted paga solamente la parte del costo que le corresponde por los servicios que haya recibido
- **Servicios cubiertos** incluye todos los cuidados de la salud, servicios de cuidado de la salud, suministros y equipo cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidados de la salud aparecen en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 **Normas básicas para obtener cobertura de cuidado de la salud de parte del plan**

Como un plan de salud de Medicare, Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) debe cubrir todos los servicios que proporciona la cobertura Medicare Original así como observar todas las normas de esta misma cobertura.

En general, este plan cubrirá sus cuidados de la salud, siempre y cuando:

- **El cuidado que reciba está incluido en la Tabla de Beneficios Médicos** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía).

- **El cuidado que reciba está considerado como médicamente necesario.** El término “médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición de salud y cumplen con los criterios aceptados de la profesión médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de cuidado primario de la red que provee y supervisa su cuidado.** Como miembro del plan, usted debe escoger un proveedor de cuidado primario dentro de la red (para más información, consulte la Sección 2.1 de este Capítulo).
 - En la mayoría de los casos, el proveedor de cuidado primario de la red debe dar su aprobación anticipada para que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, por ejemplo, especialistas, hospitales, instalaciones de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama “una referencia”. Para más información, consulte la Sección 2.3 de este Capítulo.
 - No requerirá una referencia de su proveedor de cuidado primario para obtener cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia. Existen también otros tipos de cuidados para los que no necesita la aprobación anticipada de su proveedor de cuidado primario (para más información, consulte la Sección 2.2 de este Capítulo).
- **Debe recibir cuidados de la salud de un proveedor de la red** (para más información, consulte la Sección 2 de este Capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto. **Pero hay tres excepciones:**
 - El plan cubre el cuidado de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red. Para más información y para la definición de cuidado de emergencia o cuidado requerido de urgencia, consulte la Sección 3 de este Capítulo.
 - Si necesita que este plan cubra algún cuidado de la salud que sea requerido por Medicare, pero los proveedores de nuestra red no lo pueden prestar, usted podrá obtenerlo de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará la misma cantidad que si hubiera recibido los cuidados de un proveedor de la red. Para información sobre cómo obtener aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este Capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis que obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Sección 2 **Uso de proveedores de la red del plan para obtener cuidado de la salud**

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario para proporcionar y supervisar su cuidado de la salud

¿Qué es un proveedor de cuidado primario y qué hace por usted?

Proveedor de cuidado primario

El proveedor de cuidado primario es el médico de la red que usted elige para proporcionar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

Qué médicos pueden ser proveedor de cuidado primario

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en medicina interna, medicina familiar, obstetricia/ginecología o medicina general.

Función del proveedor de cuidado primario

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante ya que este médico es responsable de sus cuidados de la salud habituales, de coordinar todos los servicios cubiertos, de mantener su expediente médico y de asegurar la continuidad de sus cuidados. Si necesita una cita con un especialista o con otro proveedor de la red distinto a su proveedor de cuidado primario, debe obtener una referencia de parte de este.

Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario

Al momento de inscribirse, usted debe elegir un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores**.

Para obtener el **Directorio de Proveedores** más reciente y elegir un proveedor de cuidado primario, llame al Servicio al Cliente o visite el sitio web indicado en el Capítulo 2 de esta guía. Así obtendrá la información más reciente de los proveedores de nuestra red.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo y cuando lo desee. Por otra parte, es posible que su proveedor de cuidado primario abandone la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso, usted tendrá que elegir un proveedor de cuidado primario nuevo.

Para cambiar de proveedor de cuidado primario, llame al Servicio al Cliente. Si recibimos su solicitud el día 20 del mes o antes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si recibimos su solicitud después del día 20, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si recibimos su solicitud de cambio el 20 de julio, el cambio entrará en vigencia el 1 de agosto; si recibimos su solicitud de cambio el 21 de julio, el cambio entrará en vigencia el 1 de septiembre. Cuando llame, no olvide indicar a Servicio al Cliente que actualmente consulta a un especialista o que recibe otros servicios cubiertos para los cuales necesita la aprobación de su proveedor de cuidado primario (como en el caso de los servicios de cuidado de la salud a domicilio y el equipo médico duradero). Nuestro departamento de Servicio al Cliente se asegurará de que usted siga recibiendo el cuidado especializado y los demás servicios que estaba recibiendo cuando cambie de proveedor de cuidado primario. También confirmará que el proveedor de cuidado primario elegido acepta nuevos pacientes. Asimismo, le dará aviso de la fecha de entrada en vigencia del cambio a su nuevo proveedor de cuidado primario.

Sección 2.2 Tipos de atención médica que puede obtener sin la aprobación anticipada del proveedor de cuidado primario

Usted podrá obtener los siguientes servicios sin necesidad de la aprobación anticipada de su proveedor de cuidado primario:

- Cuidado de la salud de rutina para mujeres, incluyendo exámenes de los senos, mamografías de diagnóstico, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripal, contra la hepatitis B y contra la pulmonía.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro la red o fuera de la red.
- Servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red o, si estos están temporalmente indisponibles o inaccesibles, de proveedores fuera de la red, por ejemplo, si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis en un centro de diálisis certificado por Medicare, cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. De ser posible, llame al Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio, así podremos hacer los arreglos para que usted reciba diálisis de mantenimiento mientras esté de viaje. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)
- Para todos los demás servicios, consulte, la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4, para saber si necesita una referencia de parte de su proveedor de cuidado primario.

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidados de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen varios tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos: especialistas en el tratamiento de pacientes con cáncer.
- Cardiólogos: especialistas en el tratamiento de enfermedades cardíacas.
- Ortopedistas: especialistas en el tratamiento de pacientes con ciertos trastornos de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si el especialista de la red pide que usted regrese para tratamiento adicional, asegúrese de que estos servicios sean servicios cubiertos. Para ello, verifique primero con su proveedor de cuidado primario que la referencia se hará extensiva al tratamiento adicional.

Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios, suministros, tratamientos, cirugías o terapias con medicamentos para los cuales se requiere una referencia, si esta no se obtuvo de su proveedor de cuidado primario o de nuestra parte, salvo los servicios de emergencia, servicios requeridos de urgencia, diálisis fuera del área de servicio y servicios de cuidados posestabilización, o si usted tiene una preautorización para ver a un proveedor fuera de la red.

Para más información sobre los servicios que requieren preautorización consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Consulte el **Directorio de Proveedores** para ver el listado de especialistas del plan disponibles a través de su red o, si prefiere, consulte el **Directorio de Proveedores** disponible a través de internet en el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Cuando usted elige a su proveedor de cuidado primario es importante recordar que este médico seleccionará al especialista de la red al que lo referirá en base a los proveedores o los centros de la red del plan. La existencia en este directorio de un especialista de la red en particular no quiere decir que su proveedor de cuidado primario le dará una referencia para verlo.

Algunos servicios requieren preautorización de parte del plan para que tengan cobertura. En la mayoría de los casos, su proveedor de cuidado primario solicitará al plan preautorización en nombre suyo. De la misma manera, en algunas ocasiones será el especialista quién formule la solicitud. Para más información sobre los servicios que requieren preautorización consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 de esta guía.

¿Qué ocurre cuando un especialista o un proveedor de la red dejan de dar servicios a nuestro plan?

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios a la lista de hospitales, doctores y especialistas que forman parte del plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de dar servicios al plan, si esto ocurre, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Si bien los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos, en buena fe, por darle aviso con 30 días de anticipación a que su proveedor de la red deje de dar servicios a nuestro plan, de modo que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si actualmente está bajo tratamiento, tiene derecho a pedir que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sufra interrupciones, y nos aseguraremos de que así sea.
- Si no está satisfecho con que el proveedor calificado que reemplaza a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo tratado adecuadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará de dar servicios al plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un proveedor nuevo para administrar sus cuidados.

Puede solicitar ayuda al Servicio al Cliente al número que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidados de la salud de proveedores fuera de la red

El cuidado que reciba de proveedores fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que cumpla con una de las tres excepciones descritas en la Sección 1.2 de este Capítulo. Para

información sobre cómo obtener cuidado fuera de la red en caso de una emergencia médica o necesidad urgente de cuidado de la salud, consulte la Sección 3 de este Capítulo.

Sección 3 Cómo obtener servicios cubiertos en casos de emergencia, necesidad urgente de cuidado de la salud o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener cuidado en casos de emergencia médica

Qué es una y qué debe hacer en casos de emergencia médica

Se entiende por **emergencia médica** cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición de salud que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted **no** necesita obtener aprobación ni una referencia de parte de su proveedor de cuidado primario en este caso.

Servicios cubiertos en casos de emergencia médica

Podrá recibir cuidados de la salud de emergencia con cobertura cuando los necesite, en cualquier parte del mundo. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de esta guía.

Si recibe cuidado de la salud de emergencia o servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted deberá pagar el costo de los servicios al momento de recibirlos. La mayor parte de los proveedores en el extranjero no califican para recibir un reembolso directamente de Medicare, por eso le pedirán que pague los servicios directamente. Solicite a estos proveedores facturas y recibos impresos detallados que muestren los servicios específicos provistos. Envíenos copias de facturas y recibos detallados para reembolsarle su dinero. Le recomendamos que tenga todo dispuesto para colaborar con el plan en la obtención de todos los datos necesarios para el trámite correcto de su solicitud de reembolso, entre ellos, los expedientes médicos. Los documentos deben estar traducidas al inglés antes de ser enviados. Todas las facturas detalladas de servicios recibidos fuera del país deben ser traducidas al inglés y las cantidades pagadas convertidas a dólares estadounidenses. Envíe las facturas a la dirección siguiente:

Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)
Attn: Claims Administration
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114

Si tiene preguntas sobre cualquiera de las facturas o si necesita información para presentar un reclamo, comuníquese con Servicio al Cliente.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionen el cuidado de emergencia para ayudar al manejo y seguimiento de su cuidado. Estos mismos decidirán si su condición es estable y el momento en que la emergencia médica deja de serlo.

Una vez que termina la situación de emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para confirmar que su condición continúa estable. El cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si su cuidado de la salud de emergencia es proporcionado por proveedores fuera de la red, trataremos de hacer las gestiones necesarias para que proveedores de la red asuman su cuidado, tan pronto como el estado de su salud y las circunstancias lo permitan.

Casos que no eran una emergencia médica

En ocasiones, es difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría acudir en busca de cuidado de emergencia, porque piensa que su salud corre grave peligro, pero el médico determina que no se trata de una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, y siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos el cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico determine que **no** se trataba de una emergencia, cubriremos el cuidado adicional **únicamente** si lo obtiene en una de las siguientes dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener el cuidado adicional.
- **O bien**, si el cuidado adicional que obtiene se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las normas para obtenerlo. (Para más información, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener cuidado en casos de necesitar urgentemente los servicios médicos

¿Qué son servicios requeridos de urgencia?

Los servicios requeridos de urgencia son los cuidados prestados para tratar una enfermedad, lesión o condición de salud no prevista, que no es de emergencia pero que requiere cuidado de la salud inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente indispuestos o inaccesibles. Por ejemplo, la condición imprevista podría ser la exacerbación imprevista de una enfermedad que ya se sabe que usted padece.

Qué debe hacer si se encuentra en el área del plan y necesita servicios médicos de urgencia

Siempre debe tratar de obtener servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran disponibles en el momento o están inaccesibles, y no es razonable esperar para obtener los cuidados hasta que el proveedor esté disponible, cubriremos los servicios requeridos de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte el **Directorio de Proveedores** para la lista de centros de cuidado de urgencia de la red.

Qué debe hacer si se encuentra fuera del área del plan y necesita servicios médicos de urgencia

Si usted se encuentra fuera del área de servicio y no le es posible obtener cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia que le proporcione cualquier proveedor, por el costo compartido correspondiente a los servicios requeridos de urgencia, según se describe en el Capítulo 4.

Nuestro plan no cubre los cuidados que no sean de urgencia o emergencia que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Obtención de cuidados durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara la zona geográfica en la que usted reside un área de desastre o en estado de emergencia, también tiene derecho a recibir cuidados del plan.

Visite el sitio web: www.SeniorDimensions.com donde encontrará información sobre cómo obtener los cuidados que necesite durante un desastre.

Si durante un desastre no puede utilizar una farmacia de la red, por lo general, el plan le permite obtener cuidados de proveedores fuera de la red al costo compartido correspondiente a cuidados dentro de la red. Si no le es posible utilizar una farmacia de la red durante un desastre, tal vez pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para más información.

Sección 4 Facturación directa del costo total de los servicios cubiertos

Sección 4.1 Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más de la parte que le corresponde por los servicios cubiertos, o si ha recibido facturas por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos** para información sobre cómo proceder.

Sección 4.2 Si los servicios no tienen cobertura del plan, usted debe pagar el costo total

Este plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que aparecen en la **Tabla de Beneficios Médicos** del plan y que se obtienen de acuerdo con las normas del plan. La tabla figura en el Capítulo 4 de esta guía. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios

que no cubre este plan, ya sea porque no son servicios cubiertos, o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre el pago de algún servicio o cuidado de la salud que está considerando, tiene derecho a preguntar si cubriremos dicho servicio antes de obtenerlo. También tiene derecho a solicitar información por escrito. Si no cubrimos los servicios, usted tiene derecho a apelar esta decisión.

El Capítulo 9 **Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)** tiene más información sobre cómo proceder si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar al Servicio al Cliente para más información (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

Si se trata de servicios con un límite de cobertura en los beneficios, usted pagará el costo total de cualquier servicio obtenido después de alcanzar el límite de la cobertura de esos servicios. Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina al año y usted recibe este servicio, pero decide obtener otro examen físico de rutina durante el mismo año, usted pagará el costo total del segundo examen físico de rutina. Las cantidades que usted paga después de haber alcanzado el límite del beneficio no se contabilizan para el cálculo del máximo anual de gastos de su bolsillo. (Consulte la información adicional sobre el máximo de gastos de su bolsillo de nuestro plan en el Capítulo 4.) Puede llamar al Servicio al Cliente cuando quiera saber cuánto ha usado hasta la fecha del límite de beneficio.

Sección 5 ¿Qué servicios médicos están cubiertos cuando participa en un ensayo clínico?

Sección 5.1 ¿Qué es un ensayo clínico?

Un ensayo clínico es un método utilizado por médicos y científicos para probar los resultados de cuidados de la salud nuevos, por ejemplo un medicamento nuevo para el cáncer. Para realizar estos ensayos se solicita la participación de voluntarios para probar los nuevos medicamentos o procedimientos de cuidados de la salud. El ensayo clínico es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si el nuevo método funciona y si es seguro.

No todos los ensayos clínicos están disponibles a miembros de nuestro plan. El ensayo clínico debe contar previamente con la aprobación de Medicare. Si participa en un ensayo que Medicare **no** haya aprobado, **usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en él.**

Una vez que Medicare aprueba el ensayo clínico, un representante de este se pondrá en contacto con usted para darle los detalles necesarios y para determinar si cumple los requisitos establecidos por los científicos. Usted puede participar en el ensayo siempre y cuando cumpla los requisitos **y** haya entendido y aceptado cabalmente todo lo que involucra su participación.

Si Medicare aprueba el ensayo clínico en el que usted participará, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba. Si participa en un ensayo clínico,

usted seguirá inscrito en nuestro plan y continuará obteniendo el resto del cuidado (aquel que no está relacionado con el ensayo) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un ensayo clínico aprobado por Medicare, **no** es necesario obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que prestan sus servicios como parte del ensayo clínico no tienen que formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un ensayo clínico, **sí necesita notificarnos antes de que comience a participar en él.**

Si piensa participar en un ensayo clínico, le pedimos que se comunique con el Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía) para notificarles que participará en un ensayo clínico y para obtener información más específica acerca de lo que pagará el plan.

Sección 5.2 Si participa en un ensayo clínico, ¿qué costos debe pagar usted o el plan?

Una vez que forme parte de un ensayo clínico aprobado por Medicare, tendrán cobertura los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre ellos:

- Gastos de habitación y alimentos por una estadía en hospital que Medicare cubriría, aún si no formara parte del estudio.
- Gastos de una operación o procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Gastos para el tratamiento de efectos secundarios y complicaciones como consecuencia del nuevo cuidado.

Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado la parte que le corresponde de los costos de estos servicios, nuestro plan pagará también parte de los costos. Este plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido que a usted le corresponde como miembro de nuestro plan. En otras palabras, usted pagará la misma cantidad por recibir los servicios como parte del estudio que en caso de recibirlos de parte de nuestro plan.

El siguiente ejemplo muestra cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que se le practican pruebas de laboratorio como parte del ensayo clínico cuesta un costo de \$100. Supongamos también que el costo compartido que le corresponde pagar por esta prueba es \$20 de acuerdo con el plan Medicare Original. Conforme a los beneficios de nuestro plan, sin embargo, esta prueba costaría solamente \$10. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos los \$10 restantes. Esto significa que usted paga \$10, que es la misma cantidad que usted pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.

Para que este plan pague el costo compartido que le corresponde, usted deberá presentar una solicitud de pago. Con esta solicitud, deberá enviarnos una copia de los Avisos de Medicare u otros documentos. En estos documentos deben constar los servicios recibidos como parte del estudio y la cantidad que usted adeuda. Consulte el Capítulo 7 para más información sobre cómo presentar una solicitud de pago.

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

- Por lo general, Medicare **no** cubrirá el artículo o servicio nuevo que el estudio está poniendo a prueba, a menos que Medicare cubriera ese artículo o servicio aunque usted no fuera parte de un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio proporciona gratuitamente a usted o a cualquier otro participante.
- Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan directamente en sus cuidados de la salud. Por ejemplo, si su condición de salud solamente requiere una tomografía computarizada, Medicare no pagará el costo de las tomografías mensuales que forman parte del estudio.

Más información sobre ensayos clínicos

La publicación **Medicare and Clinical Research Studies** del sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) cuenta con más información sobre la participación en ensayos clínicos. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6 Normas para obtener cuidados cubiertos en una institución religiosa no médica que ofrece servicios de salud

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que proporciona cuidados para una enfermedad que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si la obtención de cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, proporcionaremos cobertura para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Usted puede optar por obtener los cuidados de la salud en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio únicamente se proporciona a servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médicos provistos por instituciones de salud no médicas para servicios de salud.

Sección 6.2 ¿Qué cuidados de una institución religiosa no médica para servicios de salud están cubiertos por nuestro plan?

Para obtener cuidados de una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal en el que declara que, en pleno uso de sus facultades mentales, se opone a un tratamiento médico no excluyente.

- El cuidado o tratamiento médico no excluyente es todo cuidado o tratamiento médico de carácter **voluntario** y **no obligatorio** en virtud de ninguna ley federal, estatal o local.

- El tratamiento médico excluyente es un tipo de cuidado o tratamiento médico recibido que **no** es voluntario ni tampoco **es obligatorio** conforme a la ley federal, estatal o local.

Para recibir cobertura de este plan, el cuidado que obtiene de una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provee el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe de este plan se limita a los aspectos no religiosos del cuidado de la salud.
- Si recibe servicios de esta institución prestados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición de salud que le permita recibir servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado.
 - **Además** debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de ser admitido en el centro. De lo contrario, su estadía no será cubierta.

Usted tiene cobertura para un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su hospitalización cumpla con las normas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en el apartado **cuidado para pacientes hospitalizados** en la **Tabla de Beneficios Médicos** del Capítulo 4.

Sección 7 Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Quién es el propietario del equipo médico duradero después de haber realizado una cantidad determinada de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros afines, sillas de rueda, caminadores, sistemas de colchón motorizado, muletas, suministros para personas diabéticas, dispositivos para generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por el proveedor para su uso en el hogar. Ciertos aparatos, por ejemplo, las prótesis, son siempre propiedad del miembro del plan. En esta Sección se explican otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilarse.

Con Medicare Original, los miembros pueden alquilar determinado tipo de equipo médico duradero. En este caso, son dueños del equipo después de pagar los copagos por los artículos durante un período de 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, por lo general no será dueño del equipo médico duradero alquilado, sin importar la cantidad de copagos que haga por el artículo. En ciertas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del equipo médico duradero a usted. Para los requisitos y la documentación necesaria llame al Servicio al Cliente (el número aparece en la contracubierta de esta guía).

¿Qué sucede con los pagos que usted haya hecho por concepto del equipo médico duradero si cambia a Medicare Original?

Si no era dueño del equipo médico duradero durante su membresía en nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos por el producto durante el tiempo que permanezca en Medicare

Original. Así es como usted pasará a ser propietario del producto. Los pagos que haya hecho mientras era miembro de nuestro plan no se contabilizan a cuenta de estos 13 pagos consecutivos.

Si usted hizo menos de 13 pagos a cuenta del equipo médico duradero mientras estuvo en Medicare Original, antes de haberse inscrito en nuestro plan, estos pagos tampoco se contabilizan a cuenta de los 13 pagos consecutivos. A fin de ser el propietario del producto, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos una vez que regrese a Medicare. Al regresar a Medicare Original, esta regla no admite excepciones.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios Médicos
(qué cubre el plan y qué paga usted)

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)

Sección 1	Cómo determinar los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	2
	Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos.....	2
	Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	2
	Sección 1.3 El plan no permite que los proveedores de la red facturen el saldo directamente a usted.....	3
Sección 2	La Tabla de Beneficios Médicos indica qué servicios cubre el plan y qué cantidad pagará usted.....	4
	Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro del plan.....	4
	Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar.....	56
Sección 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	66
	Sección 3.1 Servicios sin cobertura (exclusiones).....	66

Sección 1 **Cómo determinar los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos**

En primer lugar, este Capítulo se enfoca en los servicios cubiertos y en la cantidad que usted paga por los beneficios médicos que recibe. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos con una lista de los servicios cubiertos y el costo que usted pagará por cada servicio cubierto como miembro del plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO). En segundo lugar, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. Por último, explica los límites de algunos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos

Para entender la información sobre pagos que le mostramos en este Capítulo, necesita conocer los tipos de gastos directos de su bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos.

- El **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Al momento de recibirlo usted paga un copago. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 provee más información sobre copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Al momento de recibirlo usted paga un coseguro. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no deberían pagar nunca deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar a su proveedor el comprobante de que cumple los requisitos de Medicaid o del programa Beneficiario Calificado por Medicare (QMB), si corresponde. Si cree que se le está haciendo una petición de pago incorrecta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad de gastos de su bolsillo que usted debe pagar cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2). Este límite se conoce como la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro del plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO), la cantidad máxima que tendrá que pagar como gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en el año 2018 es de \$2,500. Las cantidades que usted paga en copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para alcanzar esta cantidad máxima de gastos de su bolsillo. (Las cantidades que usted paga por la prima de su plan y las

cantidades que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. Asimismo, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se contabilizan para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. Estos servicios están indicados con un asterisco [*] en la Tabla de Beneficios Médicos). Si usted ya alcanzó la cantidad máxima de gastos de su bolsillo de \$2,500, ya no tendrá que hacer ningún gasto directo de su bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Nevada Department of Health and Human Services [Medicaid] o alguien más se encargue de pagarla).

Sección 1.3 El plan no permite que los proveedores de la red facturen el saldo directamente a usted

Si usted es un miembro de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO), una protección importante para usted es que solamente tendrá que pagar el costo compartido que le corresponde al recibir los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo cual se denomina “facturación del saldo”. Esta protección, es decir, que usted nunca pague más de la cantidad del costo que le corresponde, tiene validez aún si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no realizamos el pago de ciertos cargos que haya hecho el proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago, (es decir, una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00) entonces usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro, es decir, un porcentaje de los cargos totales, entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo dependerá del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por el valor del reembolso de parte del plan (según lo acordado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de parte de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la cantidad que paga Medicare a los proveedores que son participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted cuenta con una referencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de parte de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la cantidad que paga Medicare a los proveedores que son no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted cuenta con una referencia).
- Si piensa que un proveedor le ha cobrado mediante “facturación del saldo”, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contracubierta de esta guía).

Sección 2 La Tabla de Beneficios Médicos indica qué servicios cubre el plan y qué cantidad pagará usted

Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos en las páginas siguientes muestra los servicios cubiertos por el plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) y la cantidad de gastos de su bolsillo por cada servicio. Los servicios listados en la **Tabla de Beneficios Médicos** tienen cobertura únicamente cuando se satisfacen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben proveerse de acuerdo con las normas de cobertura establecidas por el programa Medicare.
- Los servicios, por ejemplo cuidado médico, servicios, suministros y equipos médicos, **deben** ser médicamente necesarios. La frase médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición de salud que usted tenga y cumplen con los criterios aceptados por la profesión médica.
- Usted recibe su cuidado médico de un proveedor de la red. Generalmente, el cuidado que recibe de un proveedor fuera de la red no está cubierto. El Capítulo 3 contiene más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en que cubrimos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted selecciona un proveedor de cuidado primario que proporciona y supervisa su atención médica. En la mayoría de las situaciones, el proveedor de cuidado primario debe darle su aprobación anticipada para que usted consulte a otros proveedores de la red del plan. A esto se le conoce como “una referencia”. El Capítulo 3 contiene más información sobre cómo obtener una referencia y las situaciones en las que usted no necesita una.
- Algunos de los servicios listados en la **Tabla de Beneficios Médicos** están cubiertos por el plan pero **solamente** si usted, su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación anticipada de parte del plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).
 - Los servicios cubiertos que requieren de aprobación anticipada aparecen en letra cursiva en la **Tabla de Beneficios Médicos**.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud Medicare, este plan cubre los mismos servicios que Medicare Original. En el caso de algunos de estos beneficios, usted paga una cantidad **mayor** en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros beneficios, usted paga una cantidad menor. (Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual **Medicare y Usted 2018**. El manual está disponible en internet en <https://es.medicare.gov/> o llame al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana para pedir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si se trata de servicios preventivos cubiertos sin costo alguno en Medicare Original, igualmente cubrimos estos servicios sin costo alguno para usted. Sin embargo, si durante la consulta en

que recibe el servicio preventivo también recibe tratamiento o se monitorea su estado debido a una condición médica existente, se aplicará un copago al cuidado recibido por la condición médica existente.

- A veces, en el transcurso del año, el programa Medicare añade cobertura a Medicare Original para nuevos servicios. Si esto ocurre durante 2018, Medicare o nuestro plan cubrirá estos servicios.



La manzana indica servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.


Medicamento necesario: significa servicios de cuidado de la salud, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o afección que cumplen, todos ellos, con los siguientes criterios, tal y como han sido determinados por nosotros mismos o nuestros designados y a nuestra discreción:

- Los **estándares generalmente aceptados de la práctica médica**.
- Son los más apropiados, en función del tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración, y se consideran efectivos para tratar la enfermedad, lesión o afección que usted padece.
- No son, principalmente, para conveniencia suya ni la de su médico ni la de ningún otro proveedor de cuidado de la salud.
- Cumplen sin exceder las necesidades médicas suyas, y deben ser, por lo menos, tan beneficiosos como una alternativa médicamente apropiada disponible, que se proporcione de la manera más eficiente en cuanto al costo y sin descartar la seguridad y eficacia del mismo.


Los **estándares generalmente aceptados de la práctica médica** se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por un grupo de expertos de la profesión reconocidos por la comunidad médica pertinente, que a su vez se basan principalmente en ensayos clínicos controlados, o, de no haber estudios disponibles, en estudios de observación de una o más instituciones que sugieren una relación entre el servicio o tratamiento y los resultados médicos esperados.

Si no hay disponible evidencia científica creíble, entonces los estándares se basarán en recomendaciones de la sociedad de la especialidad médica o de profesionales del cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de un experto para determinar si los servicios de cuidado de la salud son médicamente necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la asociación de la especialidad médica, la selección de un experto y la determinación sobre cuándo utilizar la opinión de un experto, se realizará a discreción nuestra.



Tabla de Beneficios Médicos

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Es posible que los proveedores cobren más de un costo compartido solamente si recibe más de un servicio en una misma cita. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El médico cobrará un copago por la visita al consultorio y copagos adicionales por cada radiografía tomada durante la misma consulta. • El hospital cobrará costos compartidos adicionales por servicios médicos ambulatorios que reciba y por cualquier examen radiológico que se le haga o por medicamentos de la Parte B de Medicare que obtenga mientras se encuentre allí. • El farmacéutico cobrará un copago por separado por cada receta médica que surta. • El costo compartido específico que se aplique dependerá de los servicios que usted reciba. La Tabla de Beneficios a continuación indica el costo compartido que aplica a cada servicio específico. 	
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección que se realiza una sola vez para personas con factores de riesgo. El plan cubre este examen de detección solo si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, de un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera especialista clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para este examen de detección preventivo.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen: servicios de ambulancia de ala fija, de ala giratoria y terrestres, al centro apropiado más cercano que pueda proveer cuidados de salud, solamente si se proveen a un miembro cuyo estado de salud es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia en casos que no son de emergencia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de 	<p>\$180 de copago por cada viaje por tierra en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>\$295 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p><i>Se requiere preautorización si el transporte no es en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia si el transporte no es en caso de emergencia.</i></p>
<p>Examen médico de rutina anual</p> <p>Incluye un examen médico completo y una evaluación del estado en que se encuentra con respecto a enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas radiológicas de diagnóstico, pruebas de diagnóstico no radiológicas ni pruebas de diagnóstico. Según se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la consulta. No es necesario programar las consultas del examen médico de rutina anual con una separación de 12 meses entre sí, pero el límite es de una consulta por cada año calendario.</p>	<p>\$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.</p>
<p> Consulta de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede recibir una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas radiológicas de diagnóstico, pruebas de diagnóstico no radiológicas ni pruebas de diagnóstico. Según se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios, es posible que se aplique un costo compartido</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la consulta de bienestar anual.</p>



Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la consulta.</p> <p>Nota: Su primera consulta de bienestar anual no puede hacerse en un plazo menor de 12 meses después de su consulta preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que se haya practicado una consulta de Bienvenida a Medicare para que sus consultas anuales de bienestar tengan cobertura una vez que usted tenga la Parte B por 12 meses.</p>	
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para personas calificadas (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía basal, de referencia, para mujeres entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad o mayores • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses <p>Las mamografías de detección se utilizan para detectar oportunamente el cáncer de mama en mujeres que no tienen señales o síntomas de la enfermedad. Una vez que se haya establecido un historial de cáncer de mama, y hasta</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías cubiertas.</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>que no haya más señales o síntomas de cáncer de mama, las mamografías siguientes se consideran de diagnóstico y están sujetas al costo compartido descrito en la tabla de Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Por lo tanto, el beneficio de una mamografía anual no está disponible para miembros que muestran señales o síntomas de cáncer de seno.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones y que cuentan con una referencia del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p> Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede plantear el uso de aspirina (si fuera pertinente), revisar su presión arterial y darle consejos para que coma bien.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.</p>




Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un elevado riesgo de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertas una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de padecer de cáncer vaginal o del cuello uterino o ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal hace menos de tres años y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos que están cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación 	<p>\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare. <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal Para personas de 50 años y mayores, los servicios siguientes tienen cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como una alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en la materia fecal por el método Guaiac (gFOBT) • Análisis inmunoquímico de materia fecal (FIT) <p>Examen de detección de cáncer colorrectal mediante ADN cada 3 años</p> <p>Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia (o enema de bario como una alternativa) cada 24 meses <p>Para personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de un lapso de 48 meses después de una sigmoidoscopia 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Una colonoscopia o sigmoidoscopia que tiene por objeto la extirpación de pólipos o efectuar una biopsia es un procedimiento quirúrgico sujeto al costo compartido de cirugía para pacientes ambulatorios descrito más adelante en esta tabla.</p>
<p>Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no tienen cobertura de Medicare Original. Lo que cubrimos:</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales y limpiezas de rutina una vez cada 6 meses al año. 	<p>Provisto por: UnitedHealthcare Dental \$0 de copago</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Serie completa de radiografías de rutina una vez cada 3 años. • Radiografía de aletas de mordida horizontal, según lo recete su dentista de la red una vez al año, cuando no sea parte de una serie completa de radiografías de rutina provista el mismo año. 	
<p> Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación diagnóstica de depresión por año. La evaluación debe hacerse en un centro de cuidado primario que pueda proveer tratamiento de seguimiento y referencias.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para una evaluación de depresión al año.
<p> Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o un historial de un alto nivel de glucosa en sangre (hiperglicemia). Es posible que las pruebas también tengan cobertura si reúne otros requisitos, como por ejemplo, tener exceso de peso o un historial familiar de diabetes. Basado en los resultados de estas pruebas, podría cumplir los requisitos para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para personas diabéticas</p>	

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Para todas las personas que padecen de diabetes (independientemente de que usen o no insulina). Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar el nivel de glucosa en sangre, monitores de glucosa en la sangre, tiras para medir la glucosa, disparadores de lancetas y lancetas, y soluciones para la medición de la glucosa a fin de comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores <p>Cubrimos solamente las siguientes marcas de monitores de glucosa en la sangre y tiras para medir la glucosa: OneTouch Ultra®2, OneTouch UltraMini®, OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex, ACCU-CHEK® Nano SmartView, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® Guide, y ACCU-CHEK® Aviva Connect.. Nuestro plan no cubre otras marcas.</p> <p>Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) cubre todos los medidores de glucosa en sangre y las tiras para medir la glucosa especificados en esta lista. Generalmente no cubriremos marcas alternativas a menos que su médico u otro proveedor nos indique que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario para su situación específica. Si es un nuevo miembro de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) y usa una marca de monitores de glucosa y tiras para medir la glucosa que no está en nuestra lista, comuníquese con nosotros en un plazo no mayor de los primeros 90 días de su membresía en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa mientras consulta a su médico o a otro proveedor. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir si algunas de las marcas preferentes son médicamente adecuadas para usted. Si usted o su médico creen que es</p>	<p>\$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. Cubrimos solamente las siguientes marcas de monitores de glucosa en la sangre y tiras para medir la glucosa: OneTouch Ultra®2, OneTouch UltraMini®, OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex, ACCU-CHEK® Nano SmartView, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® Guide, y ACCU-CHEK® Aviva Connect. Nuestro plan no cubre otras marcas.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p>Con respecto al costo compartido correspondiente a la insulina y las jeringas, consulte el Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>médicamente necesario para usted seguir usando una marca alternativa, puede solicitar una excepción de cobertura para que Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) siga dando cobertura a un producto no preferente hasta el final del año de beneficios. Los productos no preferentes no estarán cubiertos después de los primeros 90 días año calendario de beneficios si no se cuenta con una excepción de cobertura aprobada.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del proveedor con respecto a la marca o el producto que es adecuado para su condición médica. (Para obtener más información con respecto a las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad aguda de pie diabético: Un par por cada año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidos los insertos incluidos con tales zapatos) y dos pares de insertos adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles estándar incluidos con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura bajo ciertas condiciones. 	<p>20% de coseguro por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Equipo médico duradero y suministros relacionados (Para una definición de equipo médico duradero (DME) consulte el Capítulo 12 de esta guía.)</p> <p>Entre los artículos cubiertos se incluye: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para personas diabéticas, camas de hospital solicitadas por el proveedor para que los miembros del plan las usen en su propio domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y caminadores.</p> <p>Cubrimos todo equipo médico duradero que sea médicamente necesario y que tenga cobertura de Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no vende una marca o fabricante específicos, puede preguntarle si haría un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: www.SeniorDimensions.com.</p>	<p>20% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p>
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición de salud de emergencia. <p>Se entiende por emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden</p>	<p>\$80 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>\$80 de copago para la cobertura mundial de servicios en casos de emergencia, incluso el cuidado de emergencia o los servicios requeridos de urgencia, además del transporte por ambulancia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición de salud que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios requeridos de emergencia es el mismo si esos servicios se proporcionan dentro o fuera de la red.</p> <p>Cobertura mundial de servicios prestados en departamentos de emergencias.</p>	<p>cobertura. Los procedimientos planificado de antemano o electivos no tienen cobertura.</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes hospitalizados después de la estabilización de su condición de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que su cuidado siga teniendo cobertura, de otra manera su cuidado para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red debe ser autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p>
<p> Programa de acondicionamiento físico</p> <p>Opciones del programa de acondicionamiento físico Fit for Life Club y del programa SilverSneakers®:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fit for Life Club conecta a los miembros con gimnasios en su localidad en los que pueden acceder a programas y equipo para hacer ejercicio. • Membresía en el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® en centros de acondicionamiento físico 	<p>\$0 de copago</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>que son parte de la red. No hay ningún cargo por visitas o por uso si cuenta con una membresía básica y si usted utiliza proveedores de servicios que son parte de la red.</p> <p>Los servicios ofrecidos varían de un lugar a otro y según el programa. Para obtener más información sobre las ubicaciones de los centros de acondicionamiento físico y los programas que se ofrecen, llame al Servicio al Cliente al número que figura en el Capítulo 2.</p>	
<p>Servicios para la audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio prestadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios si las provee un médico, un audiólogo o un proveedor calificado.</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p>Exámenes de audición de rutina adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a 1 examen(es) cada año. <p>Aparatos auditivos:</p> <p>Los aparatos auditivos digitales programados de manera personalizada, de diseño abierto, tienen cobertura. Límite de 2 aparatos o dispositivos auditivos por año. Entre los beneficios cubiertos quedan excluidos los moldes para oídos y los aparatos auditivos inalámbricos.</p>	<p>Examen de audición:</p> <p>Provisto por: Proveedores de la red del plan en su área de servicio</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Aparatos auditivos:</p> <p>Provisto por:</p> <p>hi HealthInnovations™</p> <p>\$330 de copago por cada hi HealthInnovations™ aparato auditivo retroauricular (que no sea del modelo Power Max)*</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Los accesorios para aparatos auditivos y el modelo Power Max están disponibles mediante cargos adicionales. Estos cargos son responsabilidad del miembro y no tienen cobertura del plan. Los aparatos auditivos se deben pedir directamente a hi HealthInnovations™. Recibirá los aparatos auditivos por correo. Los aparatos auditivos de hi HealthInnovations™ no necesitan ser ajustados por un audiólogo. Comuníquese con hi HealthInnovations™ para obtener más información.</p>	<p>\$380 de copago por cada hi HealthInnovations™ aparato auditivo abierto intracanal*</p>
<p> Examen de detección del VIH</p> <p>Si se trata de personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen un factor alto de riesgo de infección del VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Si se trata de mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos de Medicare para la cobertura de un examen de detección preventivo de VIH.</p>
<p>Agencia de cuidado de la salud a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y ordenará que dichos servicios los preste una agencia de cuidado de la salud a domicilio. Usted debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo.</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada y de un asistente del cuidado de la salud a domicilio (para tener cobertura mediante el beneficio de cuidado de la salud a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y 	<p>\$0 de copago por todas las consultas de cuidado de la salud a domicilio provistas por una agencia de cuidado de la salud a domicilio que está dentro de la red, cuando se cumplen los criterios de Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen otros copagos o un coseguro (para averiguar los copagos o el coseguro aplicables, consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados).</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>asistente del cuidado de la salud a domicilio deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	<p><i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p>Centro de cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted cumple los requisitos para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han dado un pronóstico certificando que padece una condición terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico a cargo de los cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Relevo del cuidador de corto plazo • Cuidado a domicilio <p>Si se trata de servicios de cuidados paliativos y de servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico de fase terminal: Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y todos los demás servicios de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico de fase terminal. Mientras usted sea parte de un programa de cuidados paliativos, su proveedor de</p>	<p>Cuando se inscribe en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de fase terminal los paga Medicare Original, y no Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>servicios de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que le corresponde pagar a Medicare Original.</p> <p>Si se trata de servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de fase terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de fase terminal, su costo por estos servicios depende de si usted usa o no un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si los servicios cubiertos le son prestados por un proveedor de la red, usted solo paga el costo compartido del plan correspondiente a servicios dentro de la red • Si los servicios cubiertos le son prestados por un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido correspondiente a tarifa por servicio de Medicare (Medicare Original). <p><u>Si se trata de servicios cubiertos por Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) continuará cubriendo los servicios con cobertura del plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico de fase terminal. Usted paga el costo compartido del plan que corresponde por estos servicios.</p> <p><u>Si se trata de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u></p> <p>Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea del programa de cuidados paliativos y de nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del</p>	

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Capítulo 5 (Qué pasa si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no son paliativos (cuidados que no están relacionados con su pronóstico de fase terminal), debe comunicarse con nosotros para hacer los arreglos necesarios. El hecho de recibir cuidados que no son paliativos a través de nuestros proveedores de la red reducirá su parte de los costos por dichos servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre consultas sobre cuidados paliativos (una vez solamente) para una persona enferma en fase terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Entre los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la pulmonía • Vacuna contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno • Vacuna contra la hepatitis B si tiene factores de riesgo alto o moderado de contraer la hepatitis B • Otras vacunas si tienes factores de riesgo y estos cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido correspondiente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la pulmonía, la gripe y la hepatitis B.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cuidado para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye pacientes hospitalizados graves, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo</p>	<p>\$0 de copago por cada estadía en hospital cubierta por Medicare.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>plazo y servicios adicionales para pacientes hospitalizados. El cuidado para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente hospitalizado con una orden de su médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentos, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería normales • Costos de unidades de cuidados especiales (tales como, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, renal-pancreático, de corazón, hígado, pulmón, médula ósea, célula troncal e intestinal o multivisceral. El plan cuenta con una red nacional de centros en donde se realizan trasplantes de órganos. La red de hospitales del plan donde se ofrecen servicios de trasplante de órganos es distinta de la red que aparece en la Sección “Hospitales” de su directorio de proveedores. Algunos hospitales de la red del plan que ofrecen otros servicios médicos no están incluidos en la red del plan para servicios de 	<p><i>Se requiere una referencia.</i></p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p>Si, una vez establecido su estado de emergencia, usted obtiene autorización para recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red, su costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.</p> <p>No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Puede ver la definición de períodos de beneficios en el Capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) En el caso de cuidado para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Una transferencia a un tipo de centro distinto (por ejemplo, un hospital de rehabilitación para pacientes o un hospital de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en hospital como paciente, usted está cubierto por un número de días ilimitado, siempre y cuando la estadía tenga</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>trasplante. Para obtener información acerca de los centros de la red que ofrecen servicios de trasplante, llame a Servicio al Cliente de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) al 1-800-650-6232 TTY 711. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que un centro de trasplantes, aprobado por Medicare, revise su caso y decida si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplantes que son parte de nuestra red no son parte de la estructura de cuidado de la salud en su comunidad, puede elegir proveedores de trasplantes locales siempre y cuando éstos acepten la tarifa de Medicare Original. Si Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) provee servicios de trasplantes en una ubicación lejana que no es parte de la estructura de cuidado de la salud en su comunidad y si usted decide recibir trasplantes en esta ubicación lejana, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos su almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios de un médico <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden por escrito para que su hospitalización sea formalmente aceptada. Aunque se quede en el hospital por una noche, aún así se le considerará paciente ambulatorio. Esto se denomina</p>	<p>cobertura de acuerdo con las normas del plan.</p> <p>Los costos compartidos para paciente ambulatorio en observación se explican en Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos provistos</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>estadía de paciente ambulatorio en observación. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf; de otra manera, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p>
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado de la salud mental que requieren una estadía en hospital. Hay un límite por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias 	<p>Si se trata de servicios hospitalarios cubiertos por Medicare:</p> <p>\$0 de copago cada vez que usted es admitido en el hospital, hasta un total de 90 días. Además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (Puede ver la definición de períodos de beneficios en el Capítulo titulado Definiciones)</p>



Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	<p>de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que sea admitido en el hospital, incluso si a usted lo admiten varias veces dentro de un mismo período de beneficios.</p>
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía como paciente hospitalizado que no tiene cobertura</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización, o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunas ocasiones, cubriremos ciertos servicios que usted recibe mientras está en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico • Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) 	<p>Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios estarán cubiertos según se describen en las secciones siguientes:</p> <p>Consulte más abajo, Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.</p> <p>Consulte más abajo, Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia con radiografías, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos 	<p>Consulte más abajo, Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Apósitos quirúrgicos • Férulas, enyesados y otros suministros utilizados para reducir fracturas y dislocaciones 	<p>Consulte más abajo, Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros protésicos y ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan de manera total o parcial un órgano corporal interno (incluido el tejido adyacente), o, también de manera total o parcial, un órgano corporal interno permanentemente inoperante o averiado, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos suministros 	<p>Consulte más abajo, Suministros para prótesis y suministros relacionados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Abrazaderas ortopédicas para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros; piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente 	<p>Consulte más abajo, Suministros para prótesis y suministros relacionados</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional 	<p>Consulte más abajo, Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad del riñón (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando es ordenado por su médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios personales de asesoramiento durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y después de eso dos horas cada año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podría recibir más horas de tratamiento si cuenta con la orden de un médico. Un médico deberá recetar estos servicios y renovar su orden cada año si su tratamiento sigue siendo necesario en el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir servicios de terapia nutricional médica que está cubierta por Medicare.</p>
<p> Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>A partir del 1 de abril de 2018, los servicios del programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios que cumplan los requisitos de Medicare bajo todos los planes de cuidado de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es un programa estructurado de intervención de cambio del comportamiento que ofrece capacitación práctica en el cambio de régimen alimenticio a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas y la superación de desafíos que lo ayudarán a</p>	<p>No hay coseguro, ni copago, ni deducible por el beneficio del programa MDPP.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>mantener la pérdida de peso y a llevar un estilo de vida saludable.</p>	
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos mediante la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan tienen cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son administrados por el mismo paciente y que son inyectados o infundidos mientras usted recibe servicios de un médico, de hospitalización ambulatoria o en un centro de cirugía ambulatoria. • Medicamentos que usted toma mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizado por el plan. • Factores de coagulación que usted mismo se administra por medio de inyección si tiene hemofilia. • Inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió el trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada en el hogar, tiene una fractura de hueso que su médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede administrarse el medicamento usted misma. • Antígenos (para las inyecciones contra alergias) • Algunos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas. • Algunos medicamentos para diálisis en casa, entre ellos, la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la producción de glóbulos rojos 	<p>20% de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido correspondiente a servicios de proveedor de cuidado primario, servicios de especialista o servicios hospitalarios ambulatorios (como se describe en Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico o Servicios hospitalarios ambulatorios en esta tabla de beneficios) dependiendo de dónde se le administre el medicamento o reciba los servicios de infusión.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p>20% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia cubierto por Medicare y la administración de ese medicamento.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>(tales como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de inmunodeficiencias primarias. • Medicamentos de quimioterapia y la administración de medicamentos de quimioterapia. <p>Es posible que usted y su médico deban proveer más información acerca del uso de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare a fin de poder determinar su cobertura. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].)</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que sus recetas tengan cobertura. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	<p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p>
<p>Servicios de asesoramiento de enfermería</p> <p>Los servicios de asesoramiento de enfermería están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Hable con una enfermera titulada sobre sus dudas y preguntas respecto a su salud.</p> <p>(702-242-7330) 1-800-288-2264 (TTY 1-800-326-6888)</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación diagnóstica preventiva de la obesidad ni para la terapia.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de cuidado primario, donde pueda coordinarse con su plan preventivo integral. Hable con su médico de cuidado primario o con un facultativo para obtener más información.</p>	
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y suministros técnicos 	<p>\$5 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo. <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>20% de coseguro por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo. <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, apósitos • férulas, enyesados y otros suministros utilizados para reducir fracturas y dislocaciones <p>Nota: No hay cargos aparte por suministros médicos usados rutinariamente en el curso de una visita al consultorio e incluidos en los cargos del proveedor por la consulta (tales como vendajes, torundas de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros cobrados aparte por los proveedores (tales como, agentes químicos utilizados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a los costos compartidos que corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. 	<p>20% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por las pruebas genéticas BRACAnalysis®, Colaris, Colaris AP y Melaris cubiertas por Medicare, exclusivamente.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>\$0 de copago por servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de diagnóstico no radiológicos 	<p>20% de coseguro por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Los ejemplos incluyen, entre otros, electrocardiogramas, pruebas de funcionamiento pulmonar, estudios del sueño y pruebas de estrés en una máquina caminadora.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías. 	<p>\$5 de copago por cada servicio de radiodiagnóstico simples.</p> <p>\$50 de copago por cada procedimiento, prueba y radiología complejo excepto tomografías PET.</p> <p>\$200 de copago por tomografías PET.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo especializado, además del equipo de radiología estándar, y deben ser efectuados por personal especializado y certificado. Los ejemplos incluyen, entre otros, escaneos especializados, tomografía axial computarizada, tomografía computarizada por emisión de fotones individuales, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética, angiorresonancia magnética, estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos de intervención (mielogramas, cistografías,</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	angiogramas, y análisis con bario).
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluidos los cuidados en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin ellos, sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital 	<p>Consulte Cuidado de emergencia.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos, tales como férulas y enyesados • Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos • Algunos medicamentos y sustancias biológicas que usted no puede administrarse a sí mismo • Servicios realizados en una clínica para pacientes ambulatorios • Cirugía para pacientes ambulatorios o la estadía como paciente en observación • Terapia de infusión para pacientes ambulatorios <p>Si se trata de un medicamento aplicado mediante infusión, a usted le corresponde pagar el costo compartido que se</p>	<p>Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte los beneficios precedidos por el símbolo de una "manzana".</p> <p>Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Consulte Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.</p> <p>Consulte Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos provistos en hospitales para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>indica en “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”, en esta tabla de beneficios. Además, por la administración de medicamentos mediante terapia de infusión, usted pagará el costo compartido correspondiente de los servicios del proveedor de cuidado primario, de los servicios del especialista o de los servicios hospitalarios ambulatorios (según se describe en “Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o en “Cirugía para pacientes ambulatorios y Otros servicios médicos provistos en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios”, en esta tabla de beneficios) dependiendo de dónde se le administre el medicamento o reciba los servicios de infusión.</p> <p>Nota: A no ser que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en un hospital, usted será un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido correspondiente a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital por una noche, aún así se le considerará paciente ambulatorio. Esto se denomina estadía de paciente ambulatorio en observación. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico o a Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos provistos en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Los costos compartidos para paciente ambulatorio en observación se explican en Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Entre los servicios cubiertos se incluye: Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especialista clínica, enfermera especialista, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud mental con licencia estatal y aprobado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</p>	<p>\$40 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. \$30 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo. <i>Se requiere preautorización.</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Entre los servicios cubiertos se incluye: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proveen en diversos centros para pacientes ambulatorios, tales como departamentos para pacientes ambulatorios en hospitales, consultorios de terapeutas independientes, consultorios de un médico, y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios.</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare de fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje. <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i> \$0 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p>Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias Tratamiento y consejería relacionados con el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>	<p>\$40 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare \$30 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo. <i>Se requiere preautorización.</i>
<p>Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si se le va a realizar una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será considerado como un paciente hospitalizado o ambulatorio. A no ser que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido correspondiente a cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque se quede en el hospital por una noche, aún así se le considerará paciente ambulatorio. Esto se denomina estadía de paciente ambulatorio en observación. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital o a su médico.</p>	<p>\$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare, otros servicios o por cada día de la estadía como paciente en observación que usted tenga en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos relacionados con el centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>\$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare, otros servicios o por cada día de la estadía como paciente en observación que usted tenga en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos relacionados con el centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	<p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p>Productos básicos de venta sin receta</p> <p>Cada trimestre (enero, abril, julio y octubre) usted recibirá un crédito trimestral que le permitirá comprar artículos personales para el cuidado de la salud. Puede utilizar su beneficio iniciando una sesión en el sitio www.OTC-Essentials.com donde podrá hacer su pedido. De otra manera, puede imprimir el formulario de pedido y enviarlo. Puede hacer un pedido una vez por trimestre, bien sea por internet o por correo. El catálogo de productos contiene muchos artículos de uso diario, de venta sin receta, que le serán entregados en su domicilio sin ningún costo adicional para usted. El crédito trimestral vence al final de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre).</p>	<p>Provisto por: FirstLine Medical®</p> <p>El crédito trimestral es de \$50.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. El programa es de mayor intensidad que los cuidados recibidos en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>\$0 de copago cada día por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p>Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p>	

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos que son médicamente necesarios y se proporcionan en el consultorio de un médico • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en un hospital para pacientes ambulatorios • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista • Otros profesionales de cuidado de la salud 	<p>\$0 de copago por los servicios obtenidos de un proveedor de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un proveedor de cuidado primario de parte de una enfermera especialista o de un asistente del médico u otros profesionales no médicos del cuidado de la salud (según lo permitan las normas de Medicare).</p> <p>Consulte Cirugía para pacientes ambulatorios en esta tabla para ver las cantidades aplicables de copago o coseguro por las consultas en un centro de cirugía ambulatoria o en un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$0 de copago por los servicios obtenidos de parte de un especialista, o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un especialista de parte de una enfermera especialista o de un asistente del médico u otros profesionales no médicos del</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo ordena para determinar si necesita tratamiento médico ● Algunos servicios de telesalud, entre ellos, consultas, monitoreo, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un practicante si se trata de pacientes en ciertas áreas rurales o en otras ubicaciones aprobadas por Medicare ● Obtención de una segunda opinión de otro proveedor que es parte de la red antes de la cirugía ● Cuidado dental no de rutina. Los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratar con radiación una enfermedad cancerosa neoplásica, o los servicios que estarían cubiertos si los provee un médico 	<p>cuidado de la salud (según lo permitan las normas de Medicare). <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>Usted pagará el costo compartido correspondiente a los servicios del especialista (según se describe en Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico que se encuentra más arriba). <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare <i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de monitoreo en un consultorio médico u hospital para pacientes ambulatorios si está tomando anticoagulantes, tales como Coumadina, Heparina o Warfarina (a estos servicios también se les denomina servicios de la ‘Clínica de Coumadina’) • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que son beneficios cubiertos y son suministrados por un médico en su domicilio o en el asilo de convalecencia donde reside 	<p>Usted pagará el costo compartido correspondiente a los servicios de proveedor de cuidado primario, los servicios de especialista o los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (como se describe en Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico o Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios en esta tabla de beneficios) dependiendo de dónde reciba los servicios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Es posible que se requiera una referencia.</i></p> <p>Usted pagará el costo compartido correspondiente a los servicios de un proveedor de cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se apliquen en un consultorio, como se indicó anteriormente en esta sección de la tabla de beneficios) dependiendo del tipo de médico que proporcione el servicio.</p>



Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p><i>Es posible que se requiera una referencia.</i></p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tal como, dedos de martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. 	<p>\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un consultorio o domicilio.</p> <p>Si se trata de servicios provistos en un hospital para pacientes ambulatorios (una cirugía, por ejemplo), consulte Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos provistos en hospitales para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p>Cuidado de los pies de rutina adicional</p> <p>El tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, es decir, corte o extirpación de callos, verrugas, callosidades y uñas.</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta de rutina, hasta 4 consultas cada año.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años, entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital 	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible por cada examen rectal digital cubierto por Medicare.</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de antígeno prostático específico (PSA test) 	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático específico (PSA test).</p> <p>Las pruebas de antígeno prostático específico (PSA test) están sujetas al costo compartido descrito en la tabla de Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos (aparte de los dentales) que reemplazan de manera total o parcial una parte o una función del cuerpo. Estos incluyen bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, abrazaderas ortopédicas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos, y la reparación o el reemplazo de esos dispositivos. Además incluye alguna cobertura después de una extirpación u operación de cataratas. Para obtener más información, consulte Cuidado de la vista más adelante en esta sección.</p>	<p>20% de coseguro por cada dispositivo protésico u ortótico cubierto por Medicare, incluidos el reemplazo y las reparaciones de dichos dispositivos, además de los suministros relacionados.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas completos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), de moderada a muy severa, y tienen una referencia para la rehabilitación pulmonar emitida por el médico que está tratando su enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora al día, con un máximo de 36 sesiones por vida de servicios de rehabilitación pulmonar (en algunos casos hasta 72 sesiones por vida).</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p> Evaluación y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) con problemas de uso indebido de alcohol, pero que no dependen del alcohol.</p> <p>Si su evaluación de uso indebido de alcohol es positiva, puede recibir hasta cuatro sesiones personales de asesoramiento por año (si se encuentra apto y alerta durante las sesiones) que son proporcionadas por un médico de cuidado primario o facultativo calificado en un centro de cuidado primario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio cubierto por Medicare para la evaluación y asesoramiento a fin de reducir el uso indebido del alcohol.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada a dosis bajas (Low Dose Computed Tomography [LDCT])</p> <p>A las personas que califican se les cubre una tomografía computarizada a dosis bajas (LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los afiliados que cumplen los requisitos son: personas que tienen entre 55 y 77 años de edad, que no muestran</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoría y toma de decisiones compartida que tenga cobertura de Medicare ni por la tomografía computarizada a dosis bajas (LDCT).</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>señales ni síntomas de cáncer de pulmón pero cuyo historial indica que han fumado tabaco por un mínimo de 30 años-paquete, o que fuman actualmente o que han dejado de fumar hace menos de 15 años, que han recibido una indicación por escrito para que se les realice una LDCT durante una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón (dicha consulta debe satisfacer los criterios de Medicare y debe ser proporcionadas por un médico o por un profesional de cuidado de la salud que no sea médico pero que esté debidamente calificado).</p> <p>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada a dosis bajas (LDCT) después del examen de detección inicial con LCDT: el afiliado debe contar con una indicación por escrito para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT. Dicha indicación puede ser obtenida en una consulta apropiada con un médico o con un profesional de cuidado de la salud que no sea médico pero que esté debidamente calificado). Si para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsiguientes el médico, o el profesional de cuidado de la salud que no sea médico pero que esté debidamente calificado, opta por proporcionar una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida para el examen de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para tales consultas.</p>	
<p> Examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual, como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare para el examen de detección de infecciones de</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>para mujeres embarazadas y personas con factores de alto riesgo de contraer una infección de transmisión sexual cuando un proveedor de cuidado primario ordena las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad, cada año, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Solo cubriremos este asesoramiento como servicio preventivo si es prestado por un proveedor de cuidado primario y se lleva a cabo en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.</p>	<p>transmisión sexual y el asesoramiento para prevenirlas.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades y condiciones del riñón</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad de riñón para enseñar cómo cuidar de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones bien informadas sobre su cuidado. Si se trata de miembros con enfermedad de riñón crónica en etapa IV, con referencia del médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad de riñón de por vida. • Tratamientos de diálisis para paciente ambulatorio (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se describe en el Capítulo 3) 	<p>\$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para realizarse usted mismo la diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su casa) • Tratamientos de diálisis para paciente hospitalizado (si es hospitalizado para recibir cuidados especiales) • Equipos y suministros para realizar la diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en casa (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de especialistas en diálisis para verificar la realización de la diálisis en su propia casa, para ayudarlo en casos de emergencia, y para revisar su equipo de diálisis y el abastecimiento de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos mediante su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura de Medicamentos de la Parte B, consulte la Sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>	<p><i>Se requiere preautorización.</i> <i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>\$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Estos servicios estarán cubiertos según se describen en las secciones siguientes: Consulte Cuidado para pacientes hospitalizados.</p> <p>Consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados.</p> <p>Consulte Agencia de cuidado de la salud a domicilio.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (Para una definición de "cuidado en un centro de enfermería especializada", consulte Capítulo 12 de esta guía).</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) ● Alimentos; incluidas las dietas especiales ● Servicios de enfermería especializada ● Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje ● Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, tales como los factores de coagulación sanguínea). ● Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. ● Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados comúnmente por los centros de enfermería especializada ● Pruebas de laboratorio proporcionadas comúnmente por los centros de enfermería especializada ● Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados comúnmente por los centros de enfermería especializada ● Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados comúnmente por los centros de enfermería especializada ● Servicios de un médico o profesional <p>No es necesaria una hospitalización previa de 3 días.</p>	<p>\$0 de copago cada día por los días 1 - 20. \$125 de copago cada día por los días 21 - 40. \$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare, hasta un total de 100 días.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere preautorización.</i></p> <p><i>Se requiere una referencia.</i></p> <p>Usted tiene cobertura por hasta 100 días por cada período de beneficios para recibir servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, de acuerdo con las normas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que usted ingresa como paciente hospitalizado a un hospital o a un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha estado como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si es hospitalizado (o va a un centro</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Generalmente, recibirá su cuidado de centros de enfermería especializada en centros dentro de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pague el costo compartido que corresponde dentro de la red en un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo hasta justo antes de ser hospitalizado (siempre que proporcione cuidados similares a un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada en que su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital. 	<p>de enfermería especializada) después de que ha terminado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. No existe límite en el número de períodos de beneficios que puede tener.</p>
<p> Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco)</p> <p>Si usa tabaco, como un servicio preventivo, en un período de 12 meses cubrimos dos asesoramientos para que intente dejar el tabaco. Cada asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare para dejar de usar tabaco.</p>
<p>Programa adicional para dejar de fumar</p> <p>El programa para dejar de fumar es un tratamiento integrado de 3 meses de duración, diseñado para hacer posible una vida sin el uso de tabaco a través de un enfoque cognitivo-conductual y farmacológico. Los miembros que participan en este programa primero se cumplen con un asesor acreditado en abuso de alcohol y drogas en una sesión individual para evaluar los objetivos del tratamiento y desarrollar un plan para dejar de fumar, identificar los</p>	<p>\$0 de copago por cada sesión de asesoramiento para dejar de fumar.</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>factores que le motivan a seguir fumando, así como métodos y estrategias para afrontar el impulso de fumar y prevenir las recaídas. Los miembros tienen que asistir, por lo menos, a 10 de las 12 sesiones de grupo durante los 3 meses que dura el programa. Los miembros que participan activamente en el programa pueden elegir un medicamento diseñado específicamente para dejar de fumar, como terapias de reemplazo de nicotina (parche de nicotina, chicles o pastillas), Zyban o Chantix. El proveedor del miembro es quien receta los medicamentos; la receta es autorizada por un mes a la vez y el resurtido requiere participación en las sesiones grupales.</p>	
<p>Transporte (de rutina, adicional)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporte de rutina para hasta 24 viajes en una sola dirección por cada año calendario.. <p>(limitado únicamente a transporte terrestre)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llevar a la persona a, o recogerla de citas médicas aprobadas por el plan (sitios). • Hasta un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener por lo menos 18 años). • Servicio de transporte de puerta a puerta. • Servicio de camioneta con acceso para silla de ruedas, si se solicita. • Cada viaje en una sola dirección no debe ser mayor de 100 millas. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje, un viaje de ida y vuelta cuenta como dos viajes. <p>Los servicios de transporte deben solicitarse 24 horas antes de la cita programada</p> <p>Nota: El servicio de transporte se provee solamente en el área de servicio. El transporte en camilla (para miembros que necesitan camilla) no es un beneficio cubierto. Los</p>	<p>\$0 de copago</p>


Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911.</p>	
<p>Servicios requeridos de urgencia</p> <p>Los servicios requeridos de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición de salud no prevista que no es una emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores dentro o fuera de la red si los proveedores dentro de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente.</p> <p>Cobertura mundial de 'servicios requeridos de urgencia' cuando se necesitan inmediatamente servicios médicos debido a una enfermedad, lesión o condición que usted no esperaba ni anticipaba, y usted no puede esperar hasta su regreso al área de servicio de nuestro plan para recibir tales servicios.</p>	<p>\$10 de copago por cada consulta en un Centro de Cuidado de Urgencia contratado.</p> <p>\$40 de copago por cada consulta en un Centro de Cuidado de Urgencia no contratado en los Estados Unidos.</p> <p>\$80 de copago por la cobertura mundial de los servicios requeridos de urgencia que sean recibidos fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gasto de su bolsillo.</p>
<p>Consultas virtuales</p> <p>Las consultas virtuales son aquellas que no se le proporcionan en un centro médico, sino por proveedores virtuales que emplean la tecnología de Internet junto con el audio y el video en vivo.</p> <p>Nota: No es posible tratar todas las condiciones mediante consultas virtuales. El proveedor con quien tenga la consulta virtual decidirá si usted tiene que ver a un médico en persona para recibir tratamiento. Las consultas virtuales</p>	<p>\$0 de copago</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p> Cuidado de la vista Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios ambulatorios de un médico oftalmólogo u optometrista para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos; incluido el diagnóstico o el tratamiento para la degeneración macular senil o las cataratas. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones de los ojos) para lentes o lentes de contacto. • En el caso de personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma se incluye: personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más y personas de origen hispano de 65 años o más. • Si se trata de personas que tienen diabetes o presentan síntomas o señales de enfermedad de la vista, los exámenes de la vista para evaluar si existen enfermedades de la vista tienen cobertura de acuerdo con las normas de Medicare. A quienes padecen de diabetes asintomática, se les recomienda realizarse exámenes anuales con un oftalmólogo o con un optometrista. 	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare. Se requiere preautorización.</p> <p>\$0 de copago por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar si existen enfermedades de la vista. Se requiere preautorización.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de personas que tienen diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si le realizan dos operaciones de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y comprar dos lentes después de la segunda operación). 	<p>\$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una operación de cataratas. <i>Se requiere una referencia.</i></p>
<p>Examen de la vista de rutina adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a 1 examen cada año <p>Artículos para la vista de rutina adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a 1 par de anteojos cada 2 años <p>Una vez que el Plan paga los beneficios de anteojos (lentes y marcos) , usted es responsable de cualquier otro pago extra.</p>	<p>Examen de la vista de rutina:</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Artículos para la vista de rutina:</p> <p>\$0 de copago; recibe \$30 de crédito para la compra de anteojos</p>
<p> Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare que sucede solo una vez. La consulta incluye una revisión de su estado de salud, así como educación y asesoramiento con respecto a los servicios preventivos que usted necesita (incluidas algunos exámenes de detección y vacunas), además de la emisión de referencias a otros cuidados si acaso los necesita. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas radiológicas de diagnóstico, pruebas de diagnóstico no radiológicas ni pruebas de diagnóstico. Según se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Servicios para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la consulta.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare solamente si se realiza dentro de los primeros 12 meses de vigencia de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio médico que le gustaría programar su consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>	
<p>* Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.</p>	

Si usted es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original.

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar

Nuestro plan ofrece beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original ni se incluyen en el paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman **beneficios complementarios opcionales**. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos y posiblemente tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta Sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Cómo añadir beneficios complementarios opcionales a su plan

Para que pueda comprar la Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, tiene que estar inscrito en el plan. Comprar una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales es completamente opcional.

Cómo inscribirse en un plan de beneficios complementarios opcionales

Para inscribirse en una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, llame al Servicio al Cliente al número que se encuentra impreso en la portada. Generalmente, las solicitudes completadas para elegir una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, recibidas a más tardar el último día del mes, entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

Cómo darse de baja de un plan de beneficios complementarios opcionales

Si desea darse de baja de una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, puede llamar al Servicio al Cliente al teléfono que se encuentra impreso en la portada.

Las solicitudes para darse de baja del plan de una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales que se reciban a más tardar el último día del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Los miembros serán responsables de pagar la prima de la Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales del mes siguiente si la solicitud para darse de baja se recibió después del último día del mes en curso. Si se da de baja de una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales no tendrá como resultado su baja del plan de salud.

El hecho de que usted no pague las primas de una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales no tendrá como resultado que se le dé de baja del plan de salud, solamente perderá su inscripción en una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales y únicamente estará inscrito en un plan de beneficios básicos.

Si está recibiendo algún tratamiento dental al momento de darse de baja de la Cláusula adicional, su consultorio dental completará el procedimiento. Si cancelamos el contrato con su consultorio dental, o si este cancela el contrato con nosotros, será nuestra responsabilidad garantizar que usted reciba los beneficios dentales en otro consultorio.

Reembolso de la prima

Los miembros inscritos en una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales pagan una prima mensual y tienen el derecho a que se les reembolse el sobrepago de las primas

hecho durante el transcurso del año o al momento de darse de baja. El sobrepago de las primas del plan de beneficios complementarios opcionales será reembolsado según sea necesario o al momento de darse de baja. El reembolso de los sobrepagos se hará en un lapso no mayor de 30 días hábiles a partir de la notificación. Es posible que apliquemos el sobrepago de las primas del plan de beneficios complementarios opcionales a las primas mensuales de su plan de salud, si corresponde.

La cobertura de beneficios complementarios se ofrece solamente a los miembros que adquieren la Cláusula adicional opcional junto con el plan. Si desea adquirir esta Cláusula adicional pero todavía no la ha comprado, llame al Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contracubierta de esta guía.

Cláusula adicional Dental Platinum

Presentamos la Cláusula adicional Dental Platinum

Sabemos que para usted es importante tener opciones al seleccionar beneficios de salud complementarios. La Cláusula adicional Dental Platinum es un paquete de beneficios dentales complementarios que le ofrece más de lo que requiere Medicare. Ofrecemos los servicios de esta cláusula a nuestros miembros por una prima mensual de \$34.00. Esta prima es adicional a la prima que usted paga por el plan Medicare Advantage. Los beneficios complementarios opcionales incluyen servicios dentales de diagnóstico, preventivos, básicos y mayores, y no se pueden combinar con ningún otro beneficio dental que ofrezca su plan.

Si tiene preguntas adicionales sobre la Cláusula adicional Dental Platinum, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en la contracubierta de esta guía.

Beneficios de la Cláusula adicional Dental Platinum

Con este plan, usted está cubierto en el caso de servicios preventivos, incluidas radiografías, limpiezas y exámenes de rutina. También tiene cobertura de servicios dentales básicos y mayores.

Cómo elegir a un dentista de la red

Elija a un dentista de la red de la Sección dental (no de la Sección médica) del **Directorio de Proveedores**, en nuestro sitio web o llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en la contracubierta. El dentista de la red proveerá la mayoría de los servicios ya sea directamente o a través de un higienista dental con licencia. Acudir a un dentista especializado de la red no requiere una referencia de su dentista habitual de la red, pero le recomendamos que lo consulte primero. Si necesita un **Directorio de Proveedores** o si desea el nombre de un dentista de la red, llame al Servicio al Cliente.

Después de elegir a un dentista de la red, basta con que llame y haga su cita. Notifique al consultorio a qué plan de salud pertenece y muestre su tarjeta de ID del miembro del plan al llegar a la cita.

Nosotros **no** somos responsables de la disponibilidad o la participación de ningún dentista de la red. Inscribirse en la Cláusula adicional no garantiza que obtendrá un determinado servicio dental de un dentista específico. Si usa un dentista de la red, siempre confirme la participación de éste en la red antes de recibir algún cuidado. Si cancelamos el contrato de un dentista

participante de la red, o si un dentista participante de la red cancela su contrato con nosotros, puede elegir otro dentista participante de la red.

Solamente los servicios dentales cubiertos tendrán cobertura mediante esta Cláusula adicional Dental Platinum. Al momento del servicio, usted debe pagar al dentista todas las tarifas de los servicios no cubiertos. **Es responsabilidad de usted entender su cobertura dental y utilizar sus beneficios dentales correctamente.** Los dentistas de la red podrían pedir que usted firme un formulario de consentimiento informado que detalla los riesgos, los beneficios dentales, los costos y las alternativas para todos los tratamientos recomendados. Si decide visitar a un dentista fuera de la red, puede solicitar una predeterminación que tendrá los detalles y costos. Los resultados de realizar los tratamientos dentales recomendados no siempre se pueden predecir con precisión. A veces, durante un procedimiento específico, es posible que se requiera un cambio inmediato en el tratamiento. En esos casos, el dentista de la red debe tomar una decisión respecto al cuidado con el que se continuará que sea más conveniente para usted. Después del procedimiento, el dentista de la red debe explicarle en detalle la razón de los cambios y los costos asociados con ellos.

Cómo hacer una cita

Una vez que ha elegido a un dentista de la red, puede hacer una cita llamando directamente a ese consultorio dental. Si tiene alguna pregunta relacionada con la ubicación de los consultorios, el horario de atención o las horas de cuidado de emergencia, llame al consultorio elegido o bien llame al Servicio al Cliente. Para información sobre otros proveedores dentales de la red en su área, llame al Servicio al Cliente o visite el sitio web que se encuentra en la contracubierta de esta guía.

Uso de un dentista fuera de la red

También podría elegir a un dentista fuera de la red para los servicios dentales cubiertos. Cuando recibe sus servicios dentales cubiertos de un dentista fuera de la red, el plan paga de acuerdo con las tarifas máximas permitidas*. Usted paga todas las tarifas que excedan de esta cantidad.

*** Las listas de tarifas máximas permitidas varían de acuerdo con la zona geográfica. Son una cantidad fija que puede diferir de la tarifa completa del dentista. La lista de tarifas se usa para basar los pagos de reclamos a dentistas fuera de la red. Para más detalles, comuníquese con el Servicio al Cliente.**

Procesamiento de reclamos de pagos de Cláusula adicional Dental Platinum

Cuando usted recibe servicios dentales cubiertos, es habitual que el dentista de la red envíe un reclamo de pago a nombre suyo. Si el dentista de la red no envía el reclamo de pago, usted debe mandarnos una copia de la factura marcada "paid" (pagada). Le reembolsaremos los servicios dentales cubiertos. Asegúrese de que la factura incluya el nombre del dentista, la dirección, el teléfono, los servicios detallados con los códigos de facturación dental de la Asociación Dental Americana y los cargos, la fecha del servicio, junto con nombre, dirección y número de teléfono. Debemos recibir el reclamo de pago proveniente del dentista o la copia de su factura pagada en un plazo no mayor de 90 días después de la fecha del servicio, o tan pronto como sea razonablemente posible.

No reduciremos ni negaremos un reclamo de pago por no entregar dicha prueba en el plazo requerido, siempre que se suministre tan pronto como sea razonablemente posible. Salvo en los casos en que la ley lo requiera, no aceptaremos un reclamo de pago después de 1 año a partir de la fecha del servicio.

Envíe los reclamos de pago por servicios dentales a esta dirección:

P O Box 30567
 Salt Lake City, UT 84130-0567

Servicios cubiertos de la Cláusula adicional Dental Platinum

Los Servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones indicadas en esta Cláusula adicional para servicios dentales.

Los servicios dentales descritos en esta Sección están cubiertos cuando:

- Son prestados por un dentista con licencia o por otro proveedor adecuado o bajo su dirección, según lo descrito específicamente; y
- No están excluidos, según lo descrito en esta Cláusula adicional.

El deducible anual no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico. El deducible es la cantidad que usted paga primero a fin de que comience la cobertura de los servicios.

Los servicios cubiertos no tienen período de espera.

Deducible anual individual	\$100			
Máximo del año calendario (cantidad total que el plan pagará por los servicios cubiertos en el año calendario)	\$1,000 por cada año calendario			
DESCRIPCIÓN	Dentro de la red: El plan paga*	Fuera de la red: El plan paga**	Se aplica el deducible	Normas de los beneficios
<p>* El porcentaje de beneficios se basa en las tarifas con descuento negociadas con el dentista de la red.</p> <p>** Cuando recibe sus servicios dentales cubiertos de un dentista fuera de la red, el plan paga de acuerdo con las tarifas máximas permitidas. Usted paga todas las tarifas que excedan de esta cantidad.</p>				

SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO				
Examen bucal periódico	100%	100%	No	2 por cada 12 meses
Profilaxis dental (limpiezas)	100%	100%	No	2 por cada 12 meses
Radiografías de aleta de mordida	100%	100%	No	Una vez como máximo por cada período de 12 meses.
Radiografías de serie completa o panorámicas	100%	100%	No	Una vez como máximo por cada período de 36 meses.
Tratamientos con fluoruro	100%	100%	No	Una vez como máximo por cada período de 6 meses.
SERVICIOS DENTALES BÁSICOS (Tratamientos restaurativos menores)				
Restauraciones de amalgama (empastes dentales)	80%	80%	Sí	Permitida una restauración por cada superficie cada 3 años.
Restauraciones de resinas compuestas (empastes dentales)	80%	80%	Sí	Permitida una restauración por cada superficie cada 3 años.
SERVICIOS DENTALES MAYORES (Endodoncia, Periodoncia y Cirugía oral)				
Tratamiento de conducto radicular	50%	50%	Sí	Una vez por diente de por vida.
Alisado radicular	50%	50%	Sí	Una vez cada 24 meses por cuadrante.

Cirugía periodontal	50%	50%	Sí	Una vez cada 36 meses por cada sitio.
Mantenimiento periodontal	50%	50%	Sí	Una vez como máximo por cada período de 6 meses.
Extracción simple	50%	50%	Sí	
Extracciones dentales quirúrgicas incluyendo muelas del juicio impactadas	50%	50%	Sí	
Anestesia general	50%	50%	Sí	Cuando es clínicamente necesaria.
Tratamiento paliativo (alivio del dolor)	100%	100%	Sí	Cubierto como un beneficio separado solamente si no se realizó ningún otro servicio durante la consulta, excepto por el examen y las radiografías.
Coronas	50%	50%	Sí	Una vez cada 5 años.
Puentes fijos	50%	50%	Sí	Una vez cada 5 años.

Dentaduras postizas completas	50%	50%	Sí	Una vez cada 5 años; no hay asignación para sobredentaduras o dentaduras postizas personalizadas.
Incrustaciones tipo “inlay” y tipo “onlay”	50%	50%	Sí	Una vez cada 5 años.
Dentaduras postizas parciales	50%	50%	Sí	Una vez cada 5 años; no hay asignación para piezas de precisión y semiprecisión.
Fijación de puentes, coronas e incrustaciones tipo “inlay”	80%	80%	Sí	Una vez cada 6 meses por cada restauración.
Rebase de dentadura postiza	50%	50%	Sí	Una vez cada año después del período de 6 meses que sigue a la inserción.
Reparaciones de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales y puentes	50%	50%	Sí	Para reparaciones o ajustes hechos después de 12 meses después de la inserción inicial.

*** El porcentaje de beneficios se basa en las tarifas con descuento negociadas con el dentista de la red.**

**** Cuando recibe sus servicios dentales cubiertos de un dentista fuera de la red, el plan paga de acuerdo con las tarifas máximas permitidas. Usted paga todas las tarifas que excedan de esta cantidad.**

Procedimientos de determinaciones de la Organización, apelaciones y quejas formales de la Cláusula adicional Dental Platinum

Las siguientes disposiciones de apelaciones y quejas formales son adicionales a los procedimientos de determinación de la organización, apelaciones y quejas formales de la Evidencia de Cobertura de su plan.

Información general sobre el proceso de apelación de Medicare

Como miembro del plan, usted tiene derecho a apelar cualquier determinación de la organización relativa a nuestro pago, o a nuestra falta para proveer o continuar proveyendo, los servicios que usted cree que tienen cobertura (incluidos los Beneficios Complementarios Opcionales) del plan Medicare Advantage.

Use el procedimiento de apelación cuando quiera una reconsideración de la decisión (determinación de la organización) que se tomó referente a un servicio o a la cantidad de pago por un servicio.

Use el procedimiento de queja formal para las quejas u otras disputas que no sean reclamos de pago o servicios denegados sujetos a una determinación de la organización, como se explicó anteriormente. Si tiene una pregunta sobre cuál proceso de queja utilizar, llame al Servicio al Cliente.

1. Presente su queja o duda por teléfono o por escrito. Llame al Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contracubierta de esta guía. O envíe su carta al Departamento de Apelaciones a:

Appeals Department
P.O. Box 14865
Las Vegas, NV 89114

Si tiene alguna pregunta sobre el estado de su queja, puede comunicarse con el Servicio al Cliente en cualquier momento.

2. Un Coordinador de Apelaciones llevará a cabo una investigación de la queja. Esta persona puede solicitar y revisar cualquier registro dental relevante del consultorio dental según sea pertinente.

3. Si se identifica un problema de calidad en el cuidado de la salud, el Coordinador de Apelaciones y el Departamento de Calidad del Cuidado de la Salud tomarán las acciones correspondientes o recomendarán una revisión por parte del administrador de la red. Se le enviará una respuesta por escrito en un plazo no mayor de treinta (30) días informándole que su caso será investigado. Sin embargo, no recibirá detalles de la investigación debido a la protección que existe cuando se hace una revisión por colegas.

Limitaciones y exclusiones generales de la Cláusula adicional Dental Platinum

Es posible que los beneficios cubiertos mediante esta u otra cláusula adicional, entre ellos, los beneficios de larga duración incluidos en la Cláusula adicional Dental Platinum, no estén

disponibles en los años subsiguientes. Si el plan deja de ofrecer la Cláusula adicional Dental Platinum, o si se discontinúa y luego se restablece una cláusula adicional de beneficios similares, los límites de los años no usados no serán transferibles a los períodos posteriores. Si usted no compra esta cobertura de manera continua, toda cantidad no usada de los beneficios que duran varios años no se transfieren al siguiente período.

Todos los servicios dentales cubiertos por la Cláusula adicional Dental Platinum se **LIMITAN a lo que especifica esta guía y a lo que se describe a continuación:**

- 1. Seguro de accidentes laborales.** Si se presta algún beneficio o servicio como resultado de un reclamo de pago del seguro de accidentes laborales debido a un accidente, deberá asignar sus derechos a reembolso de otras fuentes a nosotros o al proveedor dental de la red que prestó los servicios. Nosotros o el dentista que prestó los servicios devolveremos la cantidad del reembolso que exceda el valor razonable de los servicios prestados.
- 2. Hechos que escapan a nuestro control.** En el caso de circunstancias que no estén razonablemente bajo nuestro control, no tendremos ninguna responsabilidad ni obligación debido a la prestación demorada u omitida de servicios o tratamientos dentales.
- 3. Procedimientos experimentales o de investigación.** Los procedimientos experimentales o de investigación no están cubiertos. La determinación final sobre si un procedimiento es Experimental o de Investigación la tomaremos nosotros.

Los siguientes procedimientos y servicios dentales son servicios dentales EXCLUIDOS (no están cubiertos) por la Cláusula adicional Dental Platinum:

1. Todos los procedimientos dentales que no están cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: D0171, D0190, D0191, D0290, D0310, D0320-D0322, D0340, D0364-D0371, D0380-D0386, D0391, D0393-D0395, D0425, D0472-D0486, D0502, D0601-D0603, D0999, D1310, D1320, D1330, D1999, D2929, D2949, D2955, D2960-D2962, D2971, D2983, D2990, D2999, D3428, D3429, D3431, D3432, D3460, D3910, D3950, D3999, D4212, D4278, D4921, D4999, D5862, D5867, D5875, D5899, D5911-D5916, D5919, D5922-D5929, D5931-D5937, D5951-D5955, D5958-D5960, D5982-D5988, D5991-D5994, D5999, D6010-D6013, D6040, D6050-D6080, D6090-D6095, D6100-D6104, D6110-D6117, D6190, D6194, D6199, D6920, D6940, D6950, D6985, D6999, D7251, D7290, D7292-D7295, D7413-7415, D7440, D7441, D7465, D7471, D7485, D7490, D7610, D7620, D7630, D7640, D7650, D7660, D7670, D7671, D7680, D7710, D7720, D7730, D7740, D7750, D7760, D7770, D7771, D7780, D7810, D7820, D7830, D7840, D7850, D7852, D7854, D7856, D7858, D7860, D7865, D7870-D7877, D7880, D7899, D7910-D7912, D7920, D7921, D7940, D7943-D7952, D7955, D7980-D7983, D7990, D7991, D7995, D7996, D7998, D7999, D8010, D8020, D8030, D8040, D8050, D8060, D8070, D8080, D8090, D8210, D8220, D8660, D8670, D8680, D8681, D8690-D8694, D8999, D9211, D9212, D9410, D9420, D9430, D9440, D9450, D9920, D9930, D9932-D9935, D9941, D9970-D9975, D9985, D9986, D9987, D9999
2. Los servicios dentales prestados en hospitales, centros de cuidado prolongado o en su propia casa, donde las condiciones se debieron al cuidado médico u hospitalización.
3. Los servicios provistos por el gobierno estatal o una agencia o que se provean sin costo a usted por una municipalidad, condado u otra subdivisión.
4. El gasto dental incurrido en relación con cualquier procedimiento dental iniciado una vez que termina el periodo de cumplimiento de los requisitos de participación para los beneficios.

5. Trabajo en curso, por ejemplo, la conclusión de servicios dentales iniciados antes de la fecha de vigencia del plan.
6. Los medicamentos con receta por un dentista o medicamentos usados para el cuidado dental, excepto lo que establezcan las reglas de Medicare.
7. Cualquier procedimiento imposible de realizar en el consultorio dental debido a su salud general y limitaciones físicas.
8. La provisión de servicios dentales que no sería congruente con sus necesidades dentales o con la normativa profesional de terapia dental generalmente aceptadas y que sea aplicable a su caso.
9. Los servicios médicos para el tratamiento de fracturas, dislocaciones, tumores, quistes no dentígeros y neoplasmas así como otras cirugías médicamente necesarias de la mandíbula o articulaciones relacionadas, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular. Las solicitudes de dichos servicios deben ser analizadas con su proveedor de cuidado primario.
10. Casos de seguro de responsabilidad civil: cuidado dental que está cubierto mediante seguro de automóvil, seguro médico, seguro contra todo riesgo o seguro de tipo similar.
11. Un cobro por un servicio no prestado por un dentista. Esto no tiene validez si el servicio lo realiza un higienista dental con licencia bajo la dirección de un dentista.
12. Servicios y suministros no específicamente provistos en el plan, entre otros:
 - Suministros dentales desechables o fungibles para pacientes ambulatorios.
 - Suministros o herramientas personales, por ejemplo, Waterpiks®, dispositivos sónicos, hilo dental, cepillos de dientes, enjuagues antibióticos y pasta de dientes.
13. Programas de control preventivo, por ejemplo, asesoramiento nutricional, asesoramiento para dejar de fumar e instrucción de higiene bucal.

Disposiciones generales para servicios de la Cláusula adicional Dental Platinum

Los dentistas son profesionales independientes

Nosotros no garantizamos proveer directamente los servicios de cuidado de la salud. Nuestras obligaciones se limitan al pago del servicio de cuidado médico provisto por dentistas que son profesionales independientes.

Registros dentales

Debemos tener acceso a sus registros dentales y de tratamientos para la determinación de beneficios, procesamiento de reclamos de pago, inspección de la utilización, aseguramiento de calidad, auditoría financiera, o por cualquier otro propósito razonablemente relacionado con los servicios dentales cubiertos. Deberá completar y enviarnos consentimientos, autorizaciones y otros documentos adicionales, según se soliciten, para determinar o proveer beneficios. Nos reservamos el derecho de rechazar o suspender un reclamo de pago si no contamos con información o registros dentales de respaldo.

Recuperación de pagos

Nos reservamos el derecho a deducir, de cualquier beneficio cubierto mediante la Cláusula adicional Dental Platinum, la cantidad de cualquier pago que se haya hecho:

1. Por error
2. Debido a una declaración errónea contenida en un reclamo de pago
3. Debido a una declaración errónea hecha para obtener cobertura
4. Con respecto a una persona que no reúne los requisitos, esta deducción se puede contabilizar contra cualquier reclamo de pago por beneficios prestados conforme a la Cláusula adicional para servicios dentales que usted haya presentado si se hizo dicho pago con relación a usted. No se puede hacer una solicitud de reembolso, para usted o para un dentista, de la totalidad o de una parte del pago de un reclamo después de que hayan transcurrido 24 meses a partir de la fecha de pago del reclamo. Las únicas excepciones a este procedimiento se darán si se hizo el pago debido a un fraude cometido por usted o por el dentista o si usted o el dentista de alguna forma han acordado hacer un reembolso del sobrepago de un reclamo.

Liberación de responsabilidad civil

Cualquier pago hecho de acuerdo con las disposiciones de la Cláusula adicional para servicios dentales nos exonera completamente de responsabilidad civil respecto a dicho pago.

Sección 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios sin cobertura (exclusiones)

Esta Sección describe los servicios excluidos o sin cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por el plan. Si un servicio está “excluido”, significa que el plan no cubre el servicio.

La tabla siguiente enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solamente bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos, es decir, que no tienen cobertura, usted deberá pagar su costo. No pagaremos ninguno de los servicios médicos excluidos que se indican en la tabla siguiente, excepto bajo las condiciones específicas ahí indicadas. Existe una sola excepción: si después de una apelación se determina que el beneficio excluido es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de esta guía).

Todas las exclusiones o limitaciones a los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en la tabla siguiente.

Aún si usted recibe los servicios en un centro de cuidado de emergencia, de cualquier manera los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará su costo.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, de conformidad con las normas de Medicare Original.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales y equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y los equipos y medicamentos experimentales son todos aquellos artículos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Es posible que estén cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cuando sea considerado necesario por razones médicas.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tal como un teléfono o un televisor.	✓	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su propio domicilio.	✓	
El cuidado de custodia es el cuidado prestado en un asilo de convalecencia, en un centro de cuidados paliativos o en otros centros cuando usted no necesita cuidado médico especializado ni cuidado de enfermería especializada. El cuidado de custodia se refiere a	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
cuidado personal que no necesita de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, el cuidado que brinda ayuda con actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.		
Los servicios de tareas domésticas incluyen ayuda en cuestiones básicas como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas.	✓	
Honorarios cobrados por el cuidado recibido de parte de familiares cercanos o miembros del núcleo familiar.	✓	
Cirugía estética y procedimientos relacionados.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cubierto en casos de una lesión accidental o para mejorar la función de un miembro corporal deformado. ● Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, al igual que para el seno no afectado a fin de lograr una apariencia simétrica.
Cuidado quiropráctico rutinario.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>
Comidas entregadas a domicilio.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
Zapatos ortopédicos.		<p style="text-align: center;">✓</p> Si los zapatos son parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyen en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético. (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo).
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.		<p style="text-align: center;">✓</p> Se proporciona cierta cobertura cuando así lo indiquen las normas de Medicare. (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este Capítulo o según se describe en el Capítulo 6),
Histerectomía electiva, ligadura de trompas y vasectomía, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de vacío para disfunción eréctil y suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturistas o alternativos).		✓ (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo).
Servicios de laboratorio o radiología realizados para fines de diagnóstico o en la ausencia de síntomas o enfermedad.		✓ (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo.)
Servicio paramédico móvil (soporte vital avanzado provisto por una entidad de servicios de emergencia, tales como, unidad de servicios paramédicos, que no provee transporte en ambulancia).		✓ Cuando se cumplen los criterios de Medicare.
Vacunas con el fin de viajar al extranjero.	✓	
Las solicitudes de pago (pedir al plan que pague su parte de los costos) de los medicamentos cubiertos enviadas después de 36 meses de haber surtido la receta.	✓	
Exámenes para alergias.		✓ Según tenga cobertura, de conformidad con las normas de Medicare.
El cuidado de enfermedades que las leyes federales, estatales o locales exigen que se traten en un centro público.	✓	
Los cobros por cuidados o servicios provistos antes de la		✓

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
fecha de entrada en vigencia o después del término de su cobertura según se indica en esta Evidencia de Cobertura .		Si la cobertura en virtud del plan termina mientras está internado en un hospital (o unidad hospitalaria), es posible que, Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) sea responsable por los servicios de hospitalización hasta la fecha del alta.
La concepción por medios artificiales, tal como fertilización in-vitro, transferencias intratubáricas de cigotos y transferencias intratubáricas de gametos, además de suministros y dispositivos anticonceptivos que no han sido recetados.	✓	
Abortos.		✓ De conformidad con lo permitido por Medicare.
Equipo médico duradero que no es médicamente necesario o que, de otra manera, no está cubierto por Medicare.	✓	
Medicina ecológica o ambiental: uso de quelación o terapia de quelación, sustancias ortomoleculares; uso de sustancias de origen animal, vegetal, químico o mineral no aprobadas específicamente por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos como efectivas para tal tratamiento;	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
electrodialisis; patrones geométricos energizados de forma magnética; reemplazo de empastes dentales de metal; laetril; dilución o sucesión de Hahneman, gerovital y cualquier tipo de servicio homeopático.		
Terapia de Milieu, biorretroalimentación para la modificación conductual, capacitación para la sensibilidad, hipnosis, electrohipnosis, terapia de electrosueño o electronarcosis.		<p style="text-align: center;">✓</p> Es posible que la retroalimentación biológica esté cubierta para ciertos padecimientos, según lo establezcan las normas de cobertura de Medicare.
Lesiones o enfermedades de naturaleza ocupacional.	✓	
Trasplantes de órganos.		<p style="text-align: center;">✓</p> A menos que, de alguna otra manera, estén cubiertos por Medicare.
Modificaciones y alteraciones personales a viviendas y lugares de residencia, incluido el equipo para resolver minusvalías o discapacidades físicas en su casa, en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada.	✓	
Aspectos religiosos del cuidado provisto en instituciones de cuidado de la salud de índole religiosa, no médica; los aspectos religiosos de los servicios proporcionados por	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
practicantes de la Ciencia Cristiana y los servicios recibidos en un sanatorio de este mismo tipo.		
Servicios para el dolor crónico intratable en un centro para el control del dolor o mediante un programa para el control del dolor.		<p style="text-align: center;">✓</p> Cuando los servicios cumplen con los criterios de cobertura de Medicare.
Servicios que se llevaron a cabo como resultado de la convicción por un delito mayor o por asociación con este.	✓	
Servicios, suministros o comodidades provistos sin costo al miembro o por los que el miembro no tiene la obligación legal de pagar.	✓	
Fórmulas dietéticas especiales, suplementos alimenticios o dietas especiales.		<p style="text-align: center;">✓</p> Según tenga cobertura de Medicare.
Esterilizaciones, incluidas la histerectomía opcional, la ligadura de trompas y la vasectomía, en ausencia de una condición médica por la que la esterilización es un tratamiento razonable y necesario (por ejemplo, la extirpación del útero debido a cáncer). Una esterilización que se realiza porque un médico cree que otro embarazo pondría en peligro la salud general de la mujer, no se considera como razonable y necesario para el	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura bajo ninguna circunstancia	Servicios que tienen cobertura solo en circunstancias específicas
diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.		
Exámenes físicos realizados por una tercera persona para fines de empleo, licencias, seguros, escuela, campamento, deportes o adopción; gastos relacionados con informes médicos, incluso su presentación y preparación; exámenes y tratamientos ordenados por un tribunal, o en relación con procesos judiciales, que de otra manera no serían un beneficio cubierto o se habrían prestado en un entorno diferente.	✓	
Gastos de viaje y alojamiento, independientemente de que hayan sido o no recomendados o indicados por un médico u otro facultativo.		✓ Tal como se proveen conjuntamente con los trasplantes.
Equipo o suministros para acondicionar el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas, y sus cuidados, medias de soporte y otros equipos que, de manera primaria, no sean de naturaleza médica.	✓	
Cualquier cuidado que no es de emergencia y que sea recibido fuera de los Estados Unidos y de los territorios de Estados Unidos.	✓	

Los códigos dentales que tienen cobertura

Los códigos dentales correspondientes a los beneficios preventivos y de diagnóstico son:

D0120 Evaluación bucal periódica, paciente establecido, D0140 Evaluación bucal limitada, enfocada en el problema, D0150 Evaluación bucal completa, paciente nuevo o establecido, D0210 Intrabucal - serie completa de radiografías, D0272 De aleta de mordida, dos radiografías, D0274 De aleta de mordida, cuatro radiografías, D1110 Profilaxis - adulto, D1120 Profilaxis - infantil

Recordatorio: si tiene preguntas sobre las limitaciones de sus beneficios dentales, puede ponerse en contacto con su proveedor de servicios dentales, o bien llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID del miembro.

Todo código que no se incluya en esta lista no tiene cobertura.

El plan no cubre:

- Implantes dentales.
- Costos relacionados con la pérdida de una cita con la dentista.
- Todo procedimiento dental que no se realice dentro de un entorno dental.
- Tratamiento dental de un proveedor fuera de la red
- Cargos del hospital u otros cargos relacionados con el centro por los tratamientos dentales.
- Tratamiento dental cubierto por seguros de automóvil, médico u otros.
- Todo tratamiento dental que no esté directamente asociado con la enfermedad dental.
- Todo tratamiento dental que se realice exclusivamente por razones cosméticas o estéticas.
- Códigos de procedimientos dentales completos no incluidos en la lista de arriba de beneficios completos.
- Cargos por no acudir a una cita programada sin notificar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
- Los gastos de los procedimientos dentales comenzaron antes de que las personas cubiertas reunieran los requisitos bajo el plan.
- Regímenes o trabajos experimentales. Esto incluye trabajo no aceptado por la American Dental Association.
- No se cubrirán los gastos de los procedimientos dentales realizados después de que las personas cubiertas dejen de cumplir los requisitos para ser miembro del plan.
- Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es miembro de la familia de la persona cubierta, incluso un cónyuge, hermano, hermana, padre, madre, hijo o hija.
- Cirugía reconstructiva o procedimiento dental, ya sea que esté o no relacionado con una enfermedad dental, lesión o anomalía congénita, toda vez que su propósito principal sea mejorar la función fisiológica de la parte del cuerpo en cuestión. Procedimientos dentales cubiertos por el seguro de accidentes laborales. Procedimientos dentales cubiertos por otras leyes aplicables al empleador. Procedimientos dentales que el gobierno realizó sin costo alguno. (Esto no significa Medicaid ni Medicare.)

Revisamos con frecuencia nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para decidir si son seguros y eficaces o no aptos para los miembros. Los procedimientos y las tecnologías nuevas que demuestran ser seguros y eficaces cumplen los requisitos para ser servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, quedará sujeta a todos los términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones monetarias aplicables del miembro.

Para determinar si vamos a cubrir un servicio, aplicamos pautas de tecnologías patentadas para revisar dispositivos, procedimientos y medicamentos nuevos, incluidos los referentes a la salud conductual o mental. Cuando es clínicamente necesaria una determinación rápida del uso seguro y eficaz de una tecnología nueva o aplicación nueva de una tecnología existente para un miembro, uno de nuestros directores médicos toma una determinación de necesidad médica basado en la documentación médica del miembro, la revisión de evidencia científica publicada, y, cuando es pertinente, la opinión profesional de la especialidad relevante de una persona con experiencia en tecnología.

CAPÍTULO 5

Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5

Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 1	Introducción.....	3
	Sección 1.1 La cobertura de medicamentos de la Parte D.....	3
	Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D.....	4
Sección 2	Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece.....	4
	Sección 2.1 Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red.....	4
	Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red.....	5
	Sección 2.3 Cómo usar los servicios de medicamentos por correo que el plan ofrece.....	6
	Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	7
	Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?.....	7
Sección 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan.....	8
	Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	8
	Sección 3.2 Los 5 Niveles de costo compartido de los medicamentos de la Lista de Medicamentos.....	9
	Sección 3.3 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?.....	10
Sección 4	Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	10
	Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	10
	Sección 4.2 Tipos de restricciones.....	11
	Sección 4.3 Cuáles restricciones se aplican a sus medicamentos.....	13
Sección 5	Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere	13
	Sección 5.1 Tome medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea.....	13
	Sección 5.2 Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción.....	14

	Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es muy alto?.....	16
Sección 6	Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia.....	16
	Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año.....	17
	Sección 6.2 Cambios a la cobertura de un medicamento que está tomando.....	17
Sección 7	¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?.....	18
	Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura.....	18
Sección 8	Muestre su tarjeta de ID del miembro cuando surta una receta.....	19
	Sección 8.1 Muestre su tarjeta de ID del miembro.....	19
	Sección 8.2 No tiene su tarjeta de ID del miembro.....	20
Sección 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	20
	Sección 9.1 Medicamentos y estadías con cobertura del plan en un hospital o centro de enfermería especializada.....	20
	Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo.....	20
	Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de un empleador o plan grupal de jubilados?.....	21
	Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	22
Sección 10	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación.....	22
	Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a consumir medicamentos de manera segura.....	22
	Sección 10.2 Manejo de Terapia de Fármacos para ayudar a miembros a administrar sus medicamentos.....	23



¿Sabía que hay programas de ayuda para pagar sus medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos se incluyen el programa Ayuda Adicional y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información acerca del costo de los medicamentos con receta de la Parte D que aparece en esta Evidencia de Cobertura tal vez no corresponda en su caso.** Le enviamos un documento aparte, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta (también llamado Cláusula adicional de Subsidio para personas de bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene ese documento, llame al Servicio al Cliente y solicítelo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 La cobertura de medicamentos de la Parte D

Este Capítulo **explica las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** El Capítulo siguiente describe lo que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D (Capítulo 6, **Costo de los medicamentos con receta de la Parte D**).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, los beneficios médicos del plan también cubren algunos medicamentos. Mediante la cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan normalmente cubre los medicamentos que le administren durante las estancias con cobertura en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Mediante la cobertura de beneficios de Medicare B, el plan cubre algunos medicamentos, incluidos ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio y los medicamentos recibidos en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (**Tabla de Beneficios Médicos, qué cubre el plan y qué paga usted**) detalla los beneficios y costos de los medicamentos durante una estancia cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. El plan sólo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no tengan relación alguna con su pronóstico de paciente en fase terminal ni con enfermedades relacionadas que, por consiguiente, carecen de cobertura bajo el beneficio para centros de cuidados paliativos de Medicare. Consulte los detalles en la Sección 9.4, titulada **¿Qué**

sucede si uno está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare? Consulte los detalles de la cobertura de servicios en un centro de cuidados paliativos en la Sección correspondiente del Capítulo 4 (**Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)**).

En las secciones siguientes se analizará la cobertura de sus medicamentos según las normas aplicables a los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, titulada **Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**, tiene más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D

Por regla general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe contar con una receta emitida por su proveedor (médico, dentista u otro facultativo).
- El proveedor que emite la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación a CMS que demuestre su certificación para recetar; de otro modo, se le rechazará el reclamo de pago de la Parte D. La próxima vez que consulte a sus proveedores que emiten recetas, pregúnteles si cumplen con esta condición. Si no la cumplen, recuerde que su médico necesita tiempo para presentar la documentación necesaria para su tramitación.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir sus recetas. (Consulte la Sección 2, titulada **Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece**).
- Su medicamento debe estar en la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)** del plan (a la que llamamos, simplemente, **Lista de Medicamentos**). (Consulte la Sección 3, titulada **Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan**).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o respaldado por libros de referencia específicos. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre lo que es una indicación médicamente aceptada).

Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece

Sección 2.1 Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura sólo si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 sobre los casos en que cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web (www.SeniorDimensions.com) o llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita volver a surtir un medicamento que está tomando, puede pedir que un proveedor le dé una receta nueva o que transfieran la receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que está usando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado usando se retira de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, pida ayuda al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contracubierta de esta guía) o use el **Directorio de Farmacias**. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.SeniorDimensions.com.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

A veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo. Usualmente, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos confirmar que usted puede recibir normalmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias en dichos centros, típicamente la farmacia que ese centro de cuidado a largo plazo usa. Si tiene problemas para usar sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, llame al Servicio al Cliente.
- Las farmacias que colaboran con el Servicio de salud indígena, tribal o indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solamente los indígenas americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos de modo que sólo se surten en ciertos lugares, o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación para su uso. (Nota: Esta situación debería darse rara vez).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar su **Directorio de Farmacias** o llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de medicamentos por correo que el plan ofrece

El servicio de medicamentos por correo que nuestro plan ofrece le permite surtir un suministro de **hasta 100 días**

Para obtener formularios e instrucciones para surtir sus recetas por correo, contacte a OptumRx™ nuestro servicio preferido de medicamentos por correo. Puede comunicarse con OptumRx llamando al 1-877-889-6358, (las personas con limitaciones auditivas (TTY) deben llamar a 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usa una farmacia con servicio estándar de medicamentos por correo, su costo compartido será igual que el costo compartido en una farmacia de venta al por menor para el mismo número de días de suministro. En el **Directorio de Farmacias** podrá encontrar las farmacias con servicio de medicamentos por correo que son parte de nuestra red. Si usa una farmacia con servicio de medicamentos por correo que no está en la red del plan, su receta no estará cubierta.

Generalmente, un pedido de una farmacia con servicio de medicamento por correo le llegará en un máximo de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría retrasarse. Si su pedido por correo se retrasa, siga estos pasos:

Si su receta está en el registro de su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. Si su receta retrasada no está registrada en su farmacia local, pida a su médico que llame a su farmacéutico y autorice una nueva receta. O bien, su farmacéutico puede llamar al consultorio médico para solicitar la receta por usted. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda de la farmacia al 1-877-889-6510, (TTY) 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene algún problema, pregunta, preocupación o si necesita cancelar un reclamo por una receta retrasada.

Nuevas recetas que su farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba directamente de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted utilizó los servicios de medicamentos por correo, o bien
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas que provengan directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Puede solicitar por teléfono o correo, ahora mismo o en cualquier momento, que se le entreguen automáticamente todas las recetas nuevas.

Si recibe automáticamente una receta por correo que no desea y no se comunicaron con usted para ver si la quería antes de enviarla, es posible que cumpla los requisitos para que le den un reembolso.

Si anteriormente ha utilizado el servicio de medicamentos por correo y no quiere que la farmacia surta y le envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de medicamentos por correo y decide pedir que no se surtan automáticamente las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de su proveedor de cuidado de la salud para preguntarle si quiere que surtan y le envíen su medicamento inmediatamente. Así tendrá la oportunidad de confirmar la

entrega del medicamento correcto (incluidas la potencia, la cantidad y la presentación). Si es necesario, también podrá cancelar o posponer la orden antes de que se la facturen o envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para indicarle lo que debe hacer con su receta nueva y evitar demoras en el envío.

Para cancelar la entrega automática de nuevas recetas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Resurtidos de medicamentos por correo. Para resurtir sus medicamentos, comuníquese con su farmacia al menos 10 días laborables antes de que se le acaben los medicamentos que tiene para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.4 **Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” (también llamado “suministro extendido”) de nuestra Lista de Medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición de salud crónica o prolongada). Puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o ir a una farmacia de venta al por menor.

1. **Algunas farmacias de venta al por menor** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** le indica qué farmacias de nuestra red pueden surtir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).
2. En el caso de ciertas clases de medicamentos, puede usar los servicios de la red de **farmacias con servicios de medicamentos por correo** del plan. El servicio de medicamentos por correo que nuestro plan ofrece le permite pedir un suministro de hasta 100 días. En la Sección 2.3 puede obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de medicamentos por correo.

Sección 2.5 **¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**

Es posible que su receta esté cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos sus recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Recetas en caso de una emergencia médica
Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con un cuidado debido a una emergencia médica o a cuidado requeridos de

urgencia, están incluidas en nuestra Lista de Medicamentos sin restricción alguna y no están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Cobertura en caso de viaje o al estar fuera del área de servicio**

Tendrá acceso a las farmacias de la red en todo el país mientras se encuentre de viaje en los Estados Unidos. Como parte de sus planes de viaje, lleve consigo sus recetas y medicamentos y recuerde consultar el directorio de farmacias para localizar las farmacias de la red que están en su recorrido. Si viaja al extranjero, es posible que pueda obtener un suministro de más días antes de salir del país para llevar consigo a los países donde no haya farmacias de la red.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio debido a que una farmacia de la red, que ofrezca servicio las 24 horas del día, no está dentro de una distancia razonable de manejo.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que regularmente no está en existencia en una farmacia de venta al por menor accesible de la red ni en una farmacia o preferido con servicio de medicamentos por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y los medicamentos únicos).
- Si necesita una receta mientras es un paciente en un departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor, en caso de cirugía ambulatoria o en cualquier otra situación como paciente ambulatorio.

En estas situaciones, **le pedimos que primero verifique con el Servicio al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana a usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía). Quizá deba pagar la diferencia entre el costo del medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7, tiene instrucciones para pedir el reembolso al plan).

Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan

Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)**. En esta **Evidencia de Cobertura, la llamamos, simplemente, Lista de Medicamentos**.

Los medicamentos en esta lista han sido seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Los medicamentos en la Lista de Medicamentos son solamente los que están cubiertos mediante la Parte D de Medicare (anteriormente, en la Sección 1.1 de este Capítulo, se describen los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando siga las demás normas de cobertura descritas en este Capítulo y el uso del medicamento sea de indicación médicamente aceptada. La frase “indicación médicamente aceptada” significa que, **de una u otra manera**, el uso del medicamento:

- Está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos. (Esto quiere decir que la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para el cual ha sido recetado), o bien,
- Tiene el respaldo de libros de referencia específicos. Estos libros de referencia específicos son: la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales de los Estados Unidos, el Sistema de Información DRUGDEX y la Información para la Dispensación de la Farmacopea de los Estados Unidos o su sucesor. Para consultas de cáncer, la Red Nacional Completa del Cáncer y Farmacología Clínica, o sus sucesores.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo principio activo que un medicamento de marca. Generalmente funciona tal cual lo hace un medicamento de marca, pero normalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos de muchos medicamentos.

¿Qué medicamentos no están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare cubra ciertos medicamentos (consulte los detalles en la Sección 7.1 de este Capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento específico en nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 3.2 Los 5 Niveles de costo compartido de los medicamentos de la Lista de Medicamentos.

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan pertenece a uno de los 5 Niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el número de nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento:

Nivel 1: Genéricos preferentes - Incluye medicamentos genéricos de uso común, de bajo costo.

Nivel 2: Genéricos - Incluye muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3: De marca preferentes - Incluye muchos medicamentos comunes que son de marca, a los que se llama de marca preferentes y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Nivel 4: Medicamentos no preferentes - Incluye medicamentos genéricos no preferentes y medicamentos no preferentes. Asimismo, los medicamentos compuestos que cumplen los requisitos de la Parte D tienen cobertura en el Nivel 4.

Nivel 5: De especialidad - Incluye medicamentos únicos o de un costo muy alto.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (Costo de los medicamentos con receta de la Parte D).

Sección 3.3 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?

Tiene dos formas de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan (www.SeniorDimensions.com). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
2. Llame al Servicio al Cliente para saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)

Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En el caso de ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que determinan cómo y cuándo deben ser cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos preparó esta normativa para que nuestros miembros usen estos medicamentos en la forma más efectiva, y también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual mantiene su cobertura de medicamentos a un nivel de costo más económico.

En general, nuestra normativa alienta la compra de medicamentos que tratan su condición de salud de una manera segura y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo actúa médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para que usted y su proveedor opten por la opción de menor costo. Por otra parte, también debemos cumplir con las normas de Medicare en cuanto a cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si el medicamento tiene alguna restricción, esto quiere decir que usted o su proveedor tendrá que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si quiere estar exento de la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitar una excepción al plan. El plan determinará si acepta o rechaza hacer la excepción. (Consulte las instrucciones para solicitar excepciones en el Capítulo 9, Sección 6.2).

Tenga presente que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que se aplican diferentes restricciones o costos compartidos en base a diversos factores, como por ejemplo, la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de la salud (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o jarabe, etcétera).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Nuestro plan emplea diferentes restricciones para que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más efectiva. Las secciones siguientes presentan más detalles con respecto a las restricciones que empleamos para ciertos medicamentos.

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es el que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes a fin de crear un medicamento con receta personalizado que satisfaga las necesidades de un paciente en particular.

¿Cubre medicamentos compuestos mi plan de la Parte D?

Por regla general, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no los cubre el plan). Para que su medicamento compuesto sea cubierto, es posible que tenga que solicitar y recibir de nosotros una determinación de cobertura aprobada. Es posible que los medicamentos compuestos cumplan los requisitos para ser incluidos en la Parte D. Los requisitos a cumplir son los siguientes:

1. Entre sus ingredientes, debe contener al menos uno que sea un medicamento aprobado por la FDA; además, todos los ingredientes en el compuesto (incluso la vía de administración propuesta) debe tener el respaldo de, como mínimo, uno de los siguientes libros de referencia aprobados por Medicare:
 - a. Las publicaciones de American Hospital Formulary Service Drug Information;
 - b. El sistema de información DRUGDEX Information System;
 - c. Las publicaciones de National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology, o bien alguna publicación que se utilice para cuestiones de cáncer y que esté aprobada por Medicare.
2. Entre sus ingredientes no debe contener un medicamento excluido de la Parte D o que no haya sido aprobado por la FDA.
3. No debe contener un ingrediente que esté cubierto por la Parte B. (Si lo contiene, es posible que el compuesto esté cubierto por la Parte B en lugar de la Parte D).
4. Debe ser recetado para una condición médica aceptada.

La tabla que aparece abajo, explica los requisitos básicos que debe cumplir un medicamento compuesto con 2 o más ingredientes para que sea cubierto en virtud de las reglas de la Parte D, además de los costos que posiblemente le correspondan a usted.

Tipo de medicamento compuesto	Cobertura de Medicare
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que cumple los requisitos de la Parte B.	El medicamento compuesto está cubierto exclusivamente por la Parte B.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto.	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto; asimismo, los ingredientes no tienen cobertura de la Parte D (por ejemplo, medicamentos sin receta, etc.).	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D. Sin embargo, los ingredientes sin cobertura de la Parte D no serán cubiertos y a usted no le corresponde pagar el costo de todos esos ingredientes sin cobertura de la Parte D.
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no ha sido aprobado ni respaldado para formular medicamentos compuestos.	El medicamento compuesto no está cubierto exclusivamente por la Parte D. A usted le corresponde pagar la totalidad del costo.

¿Cuánto debo pagar por un medicamento compuesto cubierto?

A fin de que sea cubierto por su plan, es posible que un medicamento compuesto que cumple los requisitos de la Parte D necesite de una determinación de cobertura aprobada. Por los medicamentos compuestos que han sido aprobados, usted pagará el copago o coseguro correspondiente a los medicamentos no preferentes. No se permite ni está disponible ninguna otra reducción en el costo compartido relacionada con el nivel.

Obtención de una aprobación anticipada del plan

En el caso de ciertos medicamentos, usted y su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Este paso se llama “**preautorización**”. A veces la exigencia de obtener una aprobación anticipada ayuda a orientar el uso correcto de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es probable que el plan no cubra el costo de su medicamento.

Prueba preliminar de un medicamento distinto

Este requisito le permite a usted probar primeramente medicamentos de menor costo, pero igualmente seguros y eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición de salud, es posible que el plan

exija que use primeramente el medicamento A. Si el medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Con ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que usted recibe cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome una tableta por día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a una tableta por día.

Sección 4.3 Cuáles restricciones se aplican a sus medicamentos

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía) o visite nuestro sitio web (www.SeniorDimensions.com).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrá que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si el medicamento que quiere tomar tiene restricciones, llame al Servicio al Cliente para averiguar lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si quiere estar exento de la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos una excepción. Es posible que aceptemos exceptuar la restricción en su caso, de igual manera que es posible que no lo aceptemos. (Consulte las instrucciones para solicitar excepciones en el Capítulo 9, Sección 6.2).

Sección 5 Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere

Sección 5.1 Tome medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea

Esperamos que su cobertura de medicamentos satisfaga sus necesidades. Sin embargo, quizás uno de los medicamentos con receta que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en el formulario, o sí se incluye el formulario pero con limitaciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede ser que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero no la versión de marca que usted quiere tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales que resultan aplicables. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, tal vez se le exija que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si va a funcionar adecuadamente, antes de

que el medicamento que quiere tomar tenga cobertura. Por otro lado, podría haber límites de cobertura para la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, por ejemplo) durante un período determinado. En algunos casos, quizás le convenga pedirnos una exención a la restricción que tiene.

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que lo encarece por encima de lo que usted esperaba. Cada medicamento cubierto por el plan está colocado en uno de 5 distintos niveles de costo compartido. La cantidad que usted paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en que se encuentra su medicamento.

Usted puede tomar medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted cree que debería tener. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que eleva su costo más de lo esperado, consulte la Sección 5.3.

Sección 5.2 Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones, esto es lo que puede hacer:

- Obtenga un suministro temporal del medicamento (únicamente los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para solicitar la cobertura del medicamento.
- Cambie de medicamento.
- Solicite una excepción al plan para que cubra el medicamento o elimine las restricciones vigentes.

Obtenga un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos o si tiene restricciones de algún tipo. Esto le da tiempo para que hable con su proveedor con respecto al cambio de cobertura y pensar en otras opciones.

Para optar por un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

1. El cambio a su cobertura de medicamentos debe ser debido a una de las siguientes razones:

- El medicamento que está tomando fue eliminado de la Lista de Medicamentos del plan.
- El medicamento que ha estado tomando ahora tiene una restricción de algún tipo (las restricciones se explican en la Sección 4 de este Capítulo).

2. Usted debe estar pasando por una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y que no reciben cuidado en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si ya era miembro del plan el año anterior**. Este suministro temporal será por un mínimo de 30 días. Si su receta ha sido emitida para menos días, permitiremos surtidos adicionales para proveer al menos un suministro de 30 días del medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red.

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y que residen en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si ya era miembro del plan el año anterior**. El suministro total será al menos de 98 días. Si su receta ha sido emitida para menos días, permitiremos surtidos adicionales para proveer al menos un suministro de 98 días del medicamento. (Tenga presente que una farmacia de cuidado a largo plazo podrá proveer el medicamento en cantidades menores para evitar desperdicio).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y son residentes de un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos al menos un suministro de 31 días de un medicamento en particular. Si su médico le emite una receta por menos días, puede resurtir el medicamento con receta hasta que haya recibido al menos un suministro de 31 días. Este es un suministro adicional al del suministro de transición mencionado anteriormente para cuidados a largo plazo.

- **Para aquellos miembros actuales y con cambios en el nivel de cuidado:**

Es posible que haya transiciones no planificadas, como altas de hospitales o cambios en el nivel de cuidado, que ocurran mientras está inscrito como miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si su habilidad para obtener sus medicamentos es limitada, se requiere que use el proceso de excepción del plan. Puede solicitar un suministro temporal de al menos 30 días por una sola vez para que tenga tiempo de hablar con su médico acerca de las alternativas de tratamiento o para solicitar una excepción del formulario. Si su médico le emite una receta por menos días, puede resurtir el medicamento con receta hasta que haya recibido al menos un suministro de 30 días.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción y cubra su medicamento actual. Encontrará más detalles sobre estas opciones en las siguientes secciones.

Cambie a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quizás el plan cubre un medicamento diferente que podría funcionar tan bien como el medicamento original. Llame al Servicio al Cliente para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que tratan la misma condición de salud. Esta lista ayuda a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría servirle. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Solicite una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan una excepción para que cubra el medicamento de la forma que usted necesita. Si su proveedor determina que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no se incluya en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricción alguna.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo proceder. Ahí se explican los procedimientos y fechas límites establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de una manera justa y oportuna.

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es muy alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es muy alto, estas son algunas cosas que puede hacer:

Cambie a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es muy alto, comience por hablar con su proveedor al respecto. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar tan bien como el medicamento original. Llame al Servicio al Cliente para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que tratan la misma condición de salud. Esta lista ayuda a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría servirle. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Solicite una excepción

En el caso de medicamentos de los Niveles 2, 3 y 4, usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor determina que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo proceder. Ahí se explican los procedimientos y fechas límites establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de una manera justa y oportuna.

Los medicamentos en el nivel de especialidad no cumplen los requisitos para este tipo de excepción. No rebajamos el costo compartido en el caso de los medicamentos en este nivel.

Sección 6 Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, es posible que el plan modifique la Lista de Medicamentos durante el año. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Poner a disposición nuevos medicamentos, incluso nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno ha aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O bien podríamos quitar un medicamento de la lista debido a que se ha determinado que es ineficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.**
- **Añadir o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información con respecto a las restricciones de la cobertura, consulte la Sección 4 de este Capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hacemos a la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 Cambios a la cobertura de un medicamento que está tomando

Cómo saber si la cobertura de su medicamento ha cambiado

Recibirá una notificación del plan si hay cambios en la cobertura **de un medicamento que usted está tomando**. Por lo general, **le daremos a conocer esta situación por lo menos con 60 días de anticipación**.

De vez en cuando, **se retira repentinamente del mercado** un medicamento porque se ha determinado que presenta riesgos, o por otras razones. En este caso, el plan excluirá el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Le daremos a conocer este cambio inmediatamente. Su proveedor también se enterará de este cambio y puede, junto con usted, encontrar otro medicamento para su condición.

¿Los cambios a su cobertura de medicamentos le afectan inmediatamente?

Si alguno de los siguientes cambios afectan a un medicamento que está tomando, el cambio no le afectará hasta el 1 de enero del año entrante, si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción al uso que usted le da al medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista, pero no debido a un retiro repentino por razones de seguridad ni porque un medicamento genérico lo haya reemplazado.

Si alguno de estos cambios llegara a ocurrir con uno de los medicamentos que usted está tomando, el cambio no afectará el uso que usted le dé al medicamento o lo que usted paga de costo compartido hasta el 1 de enero del año entrante. Hasta esa fecha, es probable que no haya

ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso que usted le da al medicamento. Sin embargo, los cambios le afectarán el 1 de enero del próximo año .

En algunos casos, el cambio de la cobertura le afectará antes del 1 de enero:

- Si un **medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe darle un aviso por lo menos con 60 días de anticipación o debe darle una receta para un suministro de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, debe acordar con su médico el cambio a un medicamento genérico o a otro medicamento que sí cubrimos.
 - De otra manera, usted o su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo su medicamento de marca. Consulte las instrucciones para solicitar una excepción en el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**).
- Insistimos en que, si el medicamento **se retira del mercado repentinamente** porque se ha determinado que presenta riesgos o por otras razones, el plan excluirá el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Le daremos a conocer este cambio inmediatamente.
 - Su proveedor también se enterará de este cambio y puede, junto con usted, encontrar otro medicamento para su condición.

Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?

Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura

Esta Sección indica qué medicamentos con receta están “excluidos”. Esto quiere decir que Medicare no cubre el costo de ninguno de ellos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos tiene que pagarlos usted mismo. No cubriremos el pago de los medicamentos listados en esta Sección. Hay una sola excepción: Luego de la apelación, si se descubre que el medicamento solicitado no está excluido conforme a la Parte D y que nosotros deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Consulte las instrucciones para apelar decisiones de no cobertura de un medicamento en el Capítulo 9, Sección 6.5 de esta guía).

Estas son tres normas generales para los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que normalmente estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan usualmente no puede cubrir usos para indicaciones no autorizadas. “Usos para indicaciones no autorizadas” son cualesquiera usos del medicamento distintos a los indicados en la etiqueta del medicamento, tal y como fueron aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos.

- Generalmente, se permite la cobertura de “usos para indicaciones no autorizadas” solamente cuando el uso tiene el respaldo de libros de referencia específicos. Estos libros de referencia específicos son: la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales de los Estados Unidos, el Sistema de Información DRUGDEX. Si se trata de cáncer, la Red Nacional Integral para el Tratamiento del Cáncer y Farmacología Clínica, o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir sus “usos para indicaciones no autorizadas”.

Además, según lo establece la ley, estas categorías de medicamentos no tienen cobertura de los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos de venta sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos para favorecer la fertilidad
- Medicamentos para el alivio de síntomas de tos o resfrío
- Medicamentos que se usan para fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, por ejemplo, Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios por los cuales el fabricante intenta exigir, como condición de venta, que se adquieran pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del propio fabricante.

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, es posible que el programa Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos con receta que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Le pedimos que se comunique con el programa Medicaid de su estado para que determine qué cobertura de medicamentos podría haber disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

Sección 8 Muestre su tarjeta de ID del miembro cuando surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de ID del miembro

Para surtir sus recetas, muestre su tarjeta de identificación (ID) del miembro del plan a la farmacia de la red de su elección. Cuando muestra su tarjeta de ID del miembro del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte que nos corresponde pagar del costo de su medicamento recetado con cobertura. Usted deberá pagar a la farmacia la parte del costo que a usted le corresponde al surtir su receta.

Sección 8.2 No tiene su tarjeta de ID del miembro

Si no tiene su tarjeta de ID del miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la surta.** (Después podrá **pedir al plan que le reembolse** la parte del costo correspondiente. En la Sección 2.1 del Capítulo 7, encuentra instrucciones para solicitar reembolsos del plan).

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

Sección 9.1 Medicamentos y estadias con cobertura del plan en un hospital o centro de enfermería especializada

Si lo internan en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que le dan el alta del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumpla con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las secciones anteriores a esta Sección que indican las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (**Costo de los medicamentos con receta de la Parte D**) le da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga presente lo siguiente: Cuando usted ingresa a un centro de enfermería especializada, vive en él o le dan el alta de este, tiene derecho al Período de Inscripción Especial. Durante este período, puede cambiar de planes o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, **Cómo terminar su membresía en el plan**, contiene instrucciones para darse de baja del plan e incorporarse a otro plan Medicare).

Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) cuenta con su propia farmacia o con una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

El **Directorio de Farmacias** indica si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, le pedimos que se comunique con el Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía).

¿Qué pasa si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene alguna restricción, el plan cubrirá un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será de al menos 98 días. Si su médico le emite una receta por menos días, puede resurtir el medicamento con receta hasta que haya recibido al menos un suministro de 98 días. (Tenga presente que una farmacia de cuidado a largo plazo podrá surtir el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que se surta, evitando así su desperdicio). Si ha sido un miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos al menos un suministro de 31 días. Si su médico le emite una receta por menos días, puede resurtir el medicamento con receta hasta que haya recibido al menos un suministro de 31 días.

Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Quizás el plan cubre un medicamento diferente que podría funcionar tan bien como el medicamento original. De otra manera, usted y su proveedor pueden pedir al plan una excepción para que cubra el medicamento de la forma que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo proceder.

Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de un empleador o plan grupal de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador (o del empleador de su cónyuge), o a través de plan grupal de jubilados? De ser así, comuníquese **con el administrador de beneficios de ese plan grupal**. Esta persona puede ayudarle a determinar cómo es que su cobertura actual de medicamentos con receta funcionará con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nuestro plan tendrá un carácter secundario con respecto a la cobertura grupal que tiene de su empleador o de un plan para jubilados. Esto significa que la cobertura grupal pagaría primero.

Una nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o su plan grupal para jubilados le enviará un aviso para indicarle si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones disponibles de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “acreditable”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que, en promedio, pagará como mínimo el equivalente a la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde estas notificaciones sobre cobertura acreditable ya que podría necesitarlas más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso con respecto a la cobertura acreditable de parte del

plan de su empleador o del plan grupal para jubilados, puede obtener una copia de su empleador, del administrador de beneficios del plan grupal para jubilados o de su empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento para las náuseas, laxante, medicamento para el dolor o fármaco ansiolítico que no esté cubierto por su centro de cuidados paliativos por no estar relacionado con su enfermedad terminal y las enfermedades asociadas, nuestro plan debe recibir notificación ya sea del médico o su centro de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con el cuidado antes de que nuestro plan cubra dicho medicamento. Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de un centro de cuidados paliativos o médico que se asegure de notificarnos que dichos medicamentos no están relacionados con el cuidado antes de pedirle a la farmacia que los surtan.

En caso de que usted revoque su elección del centro de cuidados paliativos o le den el alta de dicho centro, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia al concluir su beneficio de Medicare, traiga documentación a la farmacia que sirva de comprobante de su revocación o alta. Consulte las secciones anteriores a esta Sección que explican las normas para obtener cobertura de medicamentos mediante la Parte D. En el Capítulo 6 (**Costo de los medicamentos con receta de la Parte D**) encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que a usted le corresponde pagar.

Sección 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a consumir medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones sobre el uso de los medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos que dichos miembros están recibiendo un cuidado seguro y apropiado. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, tratamos de detectar problemas potenciales, como por ejemplo:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición de salud
- Los medicamentos podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los cuales es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando

Si notamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, consultaremos a su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Manejo de Terapia de Fármacos para ayudar a miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos programas para ayudar con necesidades médicas complejas. Por ejemplo, los miembros que sufren varias enfermedades complejas toman distintos medicamentos de manera simultánea y el costo de sus medicamentos es muy alto.

Estos programas son gratis para los miembros y de participación voluntaria. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron estos programas para nosotros. Con estos programas, nuestros miembros pueden sacar el mayor provecho de los medicamentos que toman.

Uno de estos programas se llama Manejo de Terapia de Fármacos. Algunos de los miembros que toman varios medicamentos para tratar distintos problemas de salud pueden obtener servicios con un programa para el Manejo de Terapia de Fármacos. Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión completa de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor forma de tomar medicamentos, sobre los costos o sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre recetas o sobre medicamentos sin receta. Usted recibirá un resumen escrito de esta sesión. El resumen incluirá un plan de acción que recomendará lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera posible, con espacio para que usted pueda anotar o escribir cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una Lista de Medicamentos personal que indicará todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea programar la revisión de sus medicamentos antes de su consulta anual de bienestar, de modo que pueda conversar con su médico sobre su plan de acción y la Lista de Medicamentos. Lleve su plan de acción y la Lista de Medicamentos a su consulta o en cualquier momento que vaya a hablar con el médico, farmacéutico y otros proveedores de cuidado de la salud. Si acude a un hospital o a una sala de emergencias, lleve su Lista de Medicamentos (por ejemplo, junto con su identificación).

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información al respecto. Si decide no participar, infórmenos su decisión y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta con respecto a estos programas, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

CAPÍTULO 6

Costo de los medicamentos
con receta de la Parte D

Capítulo 6

Costo de los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	3
	Sección 1.1 Este Capítulo junto con otros materiales adjuntos explican su cobertura de medicamentos.....	3
	Sección 1.2 Gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos.....	4
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamento en que usted se encuentra cuando obtiene el medicamento.....	4
	Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pagos de medicamentos para los miembros de nuestro plan?.....	4
SECCIÓN 3	Informes de los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	6
	Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D.....	6
	Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día la información de sus pagos de medicamentos.....	6
SECCIÓN 4	El plan no tiene deducible.....	7
	Sección 4.1 No tiene que pagar deducible por sus medicamentos de la Parte D....	7
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.....	8
	Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta.....	8
	Sección 5.2 Tabla de los costos del suministro de un mes de un medicamento.....	8
	Sección 5.3 Si su médico receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de un mes entero.....	10
	Sección 5.4 Tabla de los costos de un suministro a largo plazo de 100 días de un medicamento.....	11
	Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos alcancen \$3,750.....	12

SECCIÓN 6	Durante la etapa sin cobertura, el plan proporciona una cobertura parcial de los medicamentos.....	13
Sección 6.1	Usted permanece en la etapa sin cobertura hasta que los gastos de su bolsillo alcancen un total de \$5,000.....	13
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo para los medicamentos con receta.....	13
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura de gastos médicos mayores, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos.....	15
Sección 7.1	Una vez que esté en la etapa de cobertura de gastos médicos mayores, permanecerá en esta etapa hasta el final del año.....	15
SECCIÓN 8	Información de beneficios adicional.....	16
Sección 8.1	Nuestro plan impone limitaciones a los beneficios.....	16
SECCIÓN 9	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y cuándo las obtiene.....	16
Sección 9.1	Es posible que nuestro plan tenga una cobertura aparte para la vacuna propiamente dicha de la Parte D y para el costo de administración de dicha vacuna.....	16
Sección 9.2	Sería recomendable que llame al Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna.....	18



¿Sabía que hay programas de ayuda para pagar sus medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar el costo de sus medicamentos. Entre estos se incluyen el programa Ayuda Adicional y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta Evidencia de Cobertura acerca del costo de los medicamentos con receta de la Parte D tal vez no corresponda en su caso.** Le enviamos un documento aparte, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta (también llamado Cláusula adicional de Subsidio para personas de bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene ese documento, llame al Servicio al Cliente y solicítelo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este Capítulo junto con otros materiales adjuntos explican su cobertura de medicamentos

Este Capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, este Capítulo utilizará el término “medicamento” para referirse a un medicamento con receta de la Parte D. Como se indicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos se consideran medicamentos de la Parte D: algunos tienen cobertura de la Parte A o de la Parte B de Medicare y otros medicamentos, por ley, no tienen cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre pagos presentada en este Capítulo, debe familiarizarse con los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir para obtener dichos medicamentos. Estos materiales indican los aspectos esenciales:

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar, nosotros la llamamos Lista de Medicamentos.
 - La Lista de Medicamentos muestra qué medicamentos estarán cubiertos.
 - También indica en cuál de los 5 niveles de costo compartido se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía). También puede encontrar la lista más actualizada en nuestro sitio web: www.SeniorDimensions.com.

- **Capítulo 5 de esta guía.** El Capítulo 5 contiene los detalles de su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las normas que debe seguir para obtener dichos medicamentos. El Capítulo 5 también indica los medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
- **Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, debe acudir a una farmacia de la red para comprar los medicamentos con receta (consulte los detalles en el Capítulo 5). El **Directorio de Farmacias** tiene una lista de las farmacias en la red del plan. También indica en qué farmacias en la red puede surtir un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir una receta con un suministro para tres meses).

Sección 1.2 Gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos

Para entender la información sobre pagos presentada en este Capítulo, debe familiarizarse con los gastos de su bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y el pago puede pedirse en tres formas distintas.

- El **deducible** es la cantidad que debe pagar por los medicamentos a fin de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- El **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** se refiere al porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamento en que usted se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pagos de medicamentos para los miembros de nuestro plan?

La tabla siguiente muestra las etapas de pagos de medicamentos para la cobertura de medicamentos con receta en nuestro plan. El costo que paga por un medicamento depende de la etapa en que usted se encuentra al momento de surtir o resurtir una receta.

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
<p>Etapa de deducible anual</p>	<p>Etapa de cobertura inicial</p>	<p>Etapa sin cobertura</p>	<p>Etapa de cobertura de gastos médicos mayores</p>
<p>Debido a que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no corresponde en su caso.</p>	<p>Usted empieza en esta etapa de pago al surtir su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de los medicamentos que haya realizado hasta la fecha del año (sus pagos más todos los pagos del plan de la Parte D) alcancen un total de \$3,750.</p> <p>(La Sección 5 de este Capítulo contiene los detalles).</p>	<p>En el caso de medicamentos genéricos, usted paga el costo compartido correspondiente al Nivel 1 o del Nivel 2 o bien paga el 44% del costo, la cantidad que sea menor de ambas. En el caso de medicamentos de marca, usted paga el 35% del precio más una parte del cargo de suministro.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los gastos de su bolsillo (sus pagos) que haya realizado hasta la fecha del año alcancen un total de \$5,000. Esta cantidad y las normas para contabilizar los costos a fin de alcanzar esta cantidad han sido establecidas por Medicare.</p> <p>(La Sección 6 de este Capítulo</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría del costo de sus medicamentos por lo que resta del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018).</p> <p>(La Sección 7 de este Capítulo contiene los detalles).</p>

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
		contiene los detalles).	

SECCIÓN 3 Informes de los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D

Nuestro plan mantiene un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha hecho cuando surte o resurte una receta en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuando pasa de una etapa de pago a la otra. En concreto, hay dos costos a los que damos seguimiento:

- Damos seguimiento a la cantidad que usted ha pagado. Esta cantidad se llama “**gasto directo de su bolsillo**”.
- Damos seguimiento al **costo total de los medicamentos**. Esta es la cantidad que usted paga de gastos de su bolsillo, o que alguien más paga a nombre suyo, además de la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe impreso llamado **Explicación de Beneficios de la Parte D** si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. El informe incluye:

- **Información mensual.** El informe incluye los detalles de pago de las recetas que haya surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, la cantidad pagada por el plan, y la cantidad que usted, o alguien más a nombre suyo, hayan pagado.
- **Totales acumulados en el año, a partir del 1 de enero.** Esta información se conoce como "total anual acumulado hasta la fecha". Indica los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día la información de sus pagos de medicamentos

Para mantener un control de los costos de sus medicamentos y de los pagos que hace por ellos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y al día de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de ID del miembro cuando surta una receta.** Para asegurarse de que nos enteremos de las recetas que surte y de lo que paga por ellas, muestre su tarjeta de ID del miembro del plan cada vez que surte una receta.

- **Asegúrese de entregarnos la información que necesitamos.** En algunas ocasiones tal vez pague por recetas y la información que necesitamos no nos llega automáticamente. Cuando esto sucede, no podemos llevar cuenta de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un control de los gastos de su bolsillo, podría entregarnos copias de recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle al plan que pague la parte que le corresponde del costo. Consulte las instrucciones para hacerlo en la Sección 2 del Capítulo 7, de esta guía). Estas son algunas situaciones en las que usted querrá darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de las cantidades que ha gastado en medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realice un copago por los medicamentos que se proporcionan mediante un programa de asistencia a pacientes de parte del fabricante de dichos medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red y cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información de los pagos que alguien más haya hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para los gastos de su bolsillo y sirven para que pueda calificar para cobertura de gastos médicos mayores. Por ejemplo, los pagos efectuados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un programa de asistencia de medicamentos para el sida, el programa federal Servicio de salud indígena y los efectuados por la mayoría de las instituciones benéficas cuentan como parte de los gastos de su bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnos copias de los mismos, de manera que podamos dar seguimiento a sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la **Explicación de Beneficios de la Parte D**, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que algo falta en el informe, o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 El plan no tiene deducible

Sección 4.1 No tiene que pagar deducible por sus medicamentos de la Parte D

Su plan no tiene deducible. Usted empieza en esta etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información acerca de su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta.

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del sitio en que surta su receta.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan pertenece a uno de 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más grande sea el número de nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento:

Nivel 1: Genéricos preferentes - Incluye medicamentos genéricos de uso común, de bajo costo. Este es el Nivel con el menor costo compartido.

Nivel 2: Genéricos - Incluye muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3: De marca preferentes - Incluye muchos medicamentos comunes que son de marca, a los que se llama de marca preferentes y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Nivel 4: Medicamentos no preferentes - Incluye medicamentos genéricos no preferentes y medicamentos de marca no preferentes. Asimismo, en el Nivel 4 tienen cobertura los medicamentos compuestos que cumplen los requisitos de la Parte D.

Nivel 5: De especialidad - Incluye medicamentos únicos o de un costo muy alto. Este es el Nivel con el mayor costo compartido.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

El costo que paga por un medicamento depende de si el sitio en que lo obtiene es o no:

- Una farmacia de venta al por menor que está en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de servicio de medicamentos por correo del plan

Puede obtener más información sobre estas opciones de farmacias y para surtir sus recetas en el Capítulo 5 de esta guía y en el **Directorio de Farmacias** del plan.

Sección 5.2 Tabla de los costos del suministro de un mes de un medicamento

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

- El **“copago”** es la cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **“coseguro”** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Como se indica en la tabla siguiente, el copago o el coseguro dependen del nivel de costo compartido en que se encuentra su medicamento. Tenga presente lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago indicado en la tabla, usted pagará la cantidad que sea menor. Le corresponde pagar **ya sea** el precio total del medicamento **o bien** el copago, **la cantidad que sea menor**.
- Cubrimos las recetas que se han surtido en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de las situaciones en que daremos cobertura a una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo al recibir un suministro de un mes de un medicamento con receta que tenga cobertura de la Parte D:			
Nivel	Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en casos de cuidado a largo plazo (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura existe solo para ciertos casos. Consulte los detalles en el Capítulo 5) (suministro de hasta 30 días)
Costo compartido Nivel 1 Genéricos preferentes	\$2 de copago	\$2 de copago	\$2 de copago*
Costo compartido Nivel 2 Medicamentos genéricos	\$8 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago*

Su parte del costo al recibir un suministro de un mes de un medicamento con receta que tenga cobertura de la Parte D:			
Costo compartido Nivel 3 De marca preferentes	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago*
Costo compartido Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago*
Costo compartido Nivel 5 De especialidad	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro*

* Usted no recibirá un reembolso de la diferencia entre lo que se le cobro en la farmacia fuera de la red y la cantidad permitida dentro de la red del plan.

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

Normalmente, la cantidad que usted paga al comprar un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos de menos de un mes. Puede haber ocasiones en que quiera pedirle a su médico que le recete un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez y se sabe que este produce efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.

La cantidad que paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes dependerá de si tiene que pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un **porcentaje** del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si su receta es por un suministro de un mes completo o por menos días. Sin embargo, debido a que el costo entero del medicamento será menor si recibe un suministro de menos de un mes, la **cantidad** que usted paga será menor.

- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en el número de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día de medicamento (la “tarifa diaria de costo compartido”) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
 - Por ejemplo: Suponga que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30-días) es \$30. Esto quiere decir que la cantidad que usted paga por día por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro de 7 días de medicamento, su pago será \$1 por día multiplicado por 7 días, lo que da un total a pagar de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que cierto medicamento sirve antes de tener que pagar un suministro de un mes completo. Puede pedirle a su médico que le recete (y al farmacéutico que le surta) un suministro de menos de un mes de uno o más medicamentos, si este método le permite planear fechas de resurtido de recetas diferentes para ahorrarse viajes a la farmacia. La cantidad que pague dependerá del número de días que reciba el suministro.

Sección 5.4 Tabla de los costos de un suministro a largo plazo de 100 días de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para 100-días. (Los detalles de dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento se encuentran en la Sección 2.4 del Capítulo 5.)

La tabla siguiente muestra lo que usted paga al obtener un suministro a largo plazo de un medicamento de (100-días).

- Tenga presente lo siguiente: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago indicado en la tabla, usted pagará la cantidad que sea menor. Le corresponde pagar **ya sea** el precio total del medicamento **o bien** el copago, **la cantidad que sea menor**.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:			
Nivel	Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Costo compartido en farmacia preferida de medicamentos por correo (suministro de 100 días)	Costo compartido en farmacia estándar de medicamentos por correo (suministro de 100 días)
Costo compartido Nivel 1 Genéricos preferentes	\$6 de copago	\$0 de copago	\$6 de copago

Costo compartido Nivel 2 Medicamentos genéricos	\$24 de copago	\$0 de copago	\$24 de copago
Costo compartido Nivel 3 De marca preferentes	\$141 de copago	\$131 de copago	\$141 de copago
Costo compartido Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	\$300 de copago	\$290 de copago	\$300 de copago
Costo compartido Nivel 5 De especialidad	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

Sección 5.5 **Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos alcancen \$3,750**

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos con receta que haya surtido y resurtido alcance el límite de **\$3,750 de la etapa de cobertura inicial**.

El costo total de los medicamentos es la suma de lo que usted ha pagado y lo que cualquier otro plan de la Parte D ha pagado:

- **La cantidad que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con su primera compra de medicamentos del año. (En la Sección 6.2 encontrará más información sobre la manera como Medicare calcula los gastos de su bolsillo). Esto incluye:
 - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial.
- **La cantidad que el plan pagó** como parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si usted estaba inscrito en un plan que no es un plan de la Parte D en cualquier momento durante 2018, la cantidad que el plan pagó durante la etapa de cobertura inicial también se toma en cuenta para el costo total de sus medicamentos.)

La **Explicación de Beneficios de la Parte D** que le mandamos le ayudará a mantener un control de lo que usted y el plan (además de cualquier otra tercera persona) han gastado en la compra de sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite anual de \$3,750. Le avisaremos si usted alcanza esta cantidad de \$3,750. Si alcanza esta cantidad, saldrá de la etapa de cobertura Inicial y pasará a la etapa sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la etapa sin cobertura, el plan proporciona una cobertura parcial de los medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la etapa sin cobertura hasta que los gastos de su bolsillo alcancen un total de \$5,000

El plan cubre medicamentos genéricos y de marca durante la etapa sin cobertura en los siguientes niveles de costo compartido:

En el caso de los medicamentos genéricos cubiertos en el Nivel 1 o el Nivel 2 o el Nivel 2, usted paga la cantidad que le corresponde del costo compartido (consulte estas cantidades en la Sección 5) o el 44%, como máximo, del costo de los medicamentos genéricos en tanto que el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad que el plan paga (56%) no se toma en cuenta para los gastos de su bolsillo. Solamente se toma en cuenta la cantidad que usted paga y le permite avanzar por la etapa sin cobertura.

Cuando está en la etapa sin cobertura y obtiene medicamentos en los Niveles 3, 4 o 5, el Programa de Descuento para la etapa sin cobertura de Medicare proporciona descuentos de fabricantes para medicamentos de marca. En el caso de medicamentos de marca, usted paga el 35% del precio negociado además de una parte del cargo de suministro. La cantidad que paga y la cantidad descontada por el fabricante por los medicamentos de marca se toman en cuenta para los gastos de su bolsillo como si usted las hubiera pagado y le permite avanzar por la etapa sin cobertura. Usted paga como máximo el 44% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (56%) no se toma en cuenta para los gastos de su bolsillo. Solamente se toma en cuenta la cantidad que usted paga y le permite avanzar por la etapa sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio descontado por los medicamentos de marca, y no más del 44% del costo de los medicamentos genéricos, hasta que los gastos de su bolsillo de todo el año alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. En el año 2018, esa cantidad es \$5,000.

Medicare establece normas para determinar lo que cuenta y lo que **no cuenta** como gastos de su bolsillo. Cuando usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, que es de \$5,000, pasará de la etapa sin cobertura a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo para los medicamentos con receta

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir al contabilizar los gastos de su bolsillo en el caso de sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los gastos de su bolsillo

Cuando suma los gastos de su bolsillo **puede incluir** los pagos que se indican enseguida (siempre que correspondan a los medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya acatado las normas de cobertura de medicamentos detalladas en el Capítulo 5 de esta guía):

- La cantidad que le corresponde pagar por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de cobertura inicial.
 - Etapa sin cobertura.
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos **también se incluyen** si **otras personas u organizaciones** los hacen en su nombre. En estos pagos se incluye el pago de sus medicamentos hechos por un amigo o un familiar, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos para el sida, por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos que haya sido aprobado por Medicare, o por el programa Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa Ayuda Adicional de Medicare.
- También se incluyen algunos de los pagos hechos por el programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por los medicamentos de marca que usted adquiera. Sin embargo, la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cómo pasa a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$5,000 en gastos de su bolsillo dentro del año calendario usted pasará de la etapa sin cobertura a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de su bolsillo

Cuando suma los gastos de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos pagos realizados para obtener medicamentos con receta:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos del plan en cuanto a cobertura fuera de la red.

-
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que no tienen cobertura de Medicare.
 - Pagos que hace para cubrir el costo de medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - Pagos hechos por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras usted estuvo en la etapa sin cobertura.
 - Pagos de medicamentos realizados por planes de salud de grupos, incluidos los planes de salud de empleadores.
 - Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, por ejemplo, TRICARE y el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - Pagos de sus medicamentos hechos por una tercera persona con obligación legal de pagar los costos de sus recetas (por ejemplo, el seguro de accidentes laborales).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, tal como las indicadas anteriormente, paga una parte o el total de los gastos de su bolsillo para sus medicamentos, se le exige que informe esto a nuestro plan. Llame al Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

Cómo mantener un control del total de los gastos de su bolsillo

- **Nosotros le ayudamos.** La **Explicación de Beneficios de la Parte D** que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos de su bolsillo (la Sección 3 en este Capítulo describe este informe). Cuando usted alcance un total de \$5,000 en los gastos de su bolsillo del año, este informe le indicará que ha pasado de la etapa sin cobertura a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.
- **Asegúrese de entregarnos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y al día.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura de gastos médicos mayores, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la etapa de cobertura de gastos médicos mayores, permanecerá en esta etapa hasta el final del año

Podrá pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores cuando los gastos de su bolsillo alcancen el límite de \$5,000 correspondiente al año calendario. Una vez que esté en la etapa de

cobertura de gastos médicos mayores, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea **mayor** de las siguientes:
 - **Ya sea** un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - **o bien** \$3.35 por un medicamento genérico, o un medicamento que sea considerado como genérico, y \$8.35 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicional

Sección 8.1 Nuestro plan impone limitaciones a los beneficios

En esta Sección del Capítulo 6 se analizan las limitaciones que impone nuestro plan.

1. El resurtido anticipado por pérdida, robo o destrucción del medicamento no está cubierto, salvo durante una “Emergencia Nacional” declarada.
2. El resurtido anticipado por vacaciones se limita a un solo resurtido para un máximo de 30 días por cada año calendario.
3. Los medicamentos no estarán cubiertos si son recetados por médicos u otros proveedores que no son parte de Medicare.
4. Puede resurtir una receta luego de haber consumido un mínimo del (75%) de la cantidad según los días del suministro.

SECCIÓN 9 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y cuándo las obtiene

Sección 9.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura aparte para la vacuna propiamente dicha de la Parte D y para el costo de administración de dicha vacuna

Nuestro plan cubre diversas vacunas incluidas en la Parte D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en la Sección 2.1 del Capítulo 4, **Tabla de Beneficios Médicos**.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D tiene dos componentes:

- El primer componente de la cobertura es el costo del **medicamento mismo de la vacuna**. La vacuna es un medicamento con receta.
- El segundo componente de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (A esto a veces le llamamos “administración” de la vacuna).

¿Qué es lo que usted paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. El tipo de vacuna (contra qué se le vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)**.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas pueden encontrarse en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan**.

2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.

3. Quién le aplica la vacuna.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- En algunos casos cuando reciba la vacuna, tendrá que pagar el costo completo de la vacuna y la administración de la misma. Puede pedir a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- En otros casos le tocará pagar solo su parte del costo por la vacuna o por la administración de la misma.

A manera de ejemplo, puede recibir la inyección de la vacuna de la Parte D de tres maneras comunes. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la etapa sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene o no esta opción depende de donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna.)

- Tendrá que pagar a la farmacia el copago o el coseguro de la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio médico.

- Al momento de recibir la vacuna, pagará el costo completo de la vacuna y su administración.
- Entonces, puede pedir a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo. Para ello, use los pasos descritos en el Capítulo 7 de esta guía **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos**.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago o coseguro normales por la vacuna (incluida la administración) menos la diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. Si está recibiendo asistencia del programa Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia.

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia, y luego va al consultorio médico donde le aplican la vacuna.

- Tendrá que pagar a la farmacia su copago o coseguro por la vacuna misma.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Entonces, puede pedir a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo. Para ello, use los pasos descritos en el Capítulo 7 de esta guía.
- Le reembolsaremos la cantidad que le cobró su médico por administrarle la vacuna menos la diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si está recibiendo asistencia del programa Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 9.2 Sería recomendable que llame al Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna

Las normas de cobertura de las vacunas son complejas. Estamos a sus órdenes para ayudarle. Le recomendamos que llame primero al Servicio al Cliente cada vez que planee vacunarse. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)

- Le podemos indicar hasta qué punto su vacuna está cubierta por nuestro plan y le explicaremos la parte que le corresponde del costo.
- Podemos indicarle cómo disminuir el costo que le corresponde utilizando proveedores y farmacias de la red.
- Si no puede acudir a un proveedor o farmacia de la red, podemos darle instrucciones para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o por medicamentos cubiertos

Capítulo 7

Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o por medicamentos cubiertos

Sección 1	Situaciones en las que debe solicitar el pago la parte que nos corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	2
Sección 1.1	Si usted paga la parte del costo que le corresponde pagar al plan de los servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, usted puede pedir que efectuemos el pago que nos corresponde.....	2
Sección 2	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido.....	4
Sección 2.1	Cómo y a dónde debe enviar su solicitud de pago.....	4
Sección 3	El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la negará.....	5
Sección 3.1	El plan determinará si cubrirá o no el servicio o medicamento así como la porción de pago que le corresponde pagar.....	5
Sección 3.2	Si recibe un comunicado indicando que no pagaremos la totalidad o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede apelar la decisión.....	5
Sección 4	Conserve sus recibos y envíenos copias para notificar el pago de un servicio....	6
Sección 4.1	En algunos casos, envíe copias de sus recibos para que el plan actualice el registro de los costos de su bolsillo de sus medicamentos.	6

Sección 1 Situaciones en las que debe solicitar el pago la parte que nos corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde pagar al plan de los servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, usted puede pedir que efectuemos el pago que nos corresponde

En ciertos casos, al recibir cuidados médicos o un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, es posible que detecte que ha pagado más de lo esperado bajo las normas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedir al plan que le devuelva reembolse el pago. Usted tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cuando haya pagado más de lo que le correspondía por los servicios médicos o los medicamentos que tienen cobertura de nuestro plan.

También habrá ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico proporcionado. En muchos casos, usted debería enviarnos la factura en vez de pagarla. Nosotros revisaremos la información y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura haremos el pago directamente al proveedor.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede pedir al plan el reembolso de un pago o el pago de una factura recibida:

1. Si ha recibido cuidados médicos de emergencia o requeridos de urgencia de parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor en los Estados Unidos que forme parte o no de nuestra red. Cada vez que reciba servicios de emergencia o requeridos de urgencia de un proveedor en los Estados Unidos que no forme parte de nuestra red, usted únicamente debe pagar la parte del costo que le corresponde y no el costo total. Usted debe pedir al proveedor que facture sus servicios al plan por la parte que nos corresponde pagar del costo de los servicios.

- Si, al momento de recibir el cuidado médico pagó la cantidad total usted mismo, necesitará pedir que le reembolsemos la parte del costo pagado. Envíenos la factura y adjunte documentación de todos los pagos que haya hecho.
- A veces, usted podría recibir una factura del proveedor que pide el pago de un servicio que usted piensa que no adeuda. Envíenos la factura y adjunte documentación de todos los pagos que usted ya haya hecho.
 - Si al proveedor se le adeuda alguna cantidad, nosotros haremos el pago directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde del costo del servicio, determinaremos qué cantidad adeudaba efectivamente y le reembolsaremos la porción del costo que nosotros debemos pagar.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente y solamente deben cobrarle la parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague una cantidad mayor que la parte que le corresponde.

- Cuando usted recibe servicios médicos por nuestro plan, solamente debe pagar la cantidad del costo que le corresponde. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, un procedimiento que se conoce como “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más de la cantidad del costo que le corresponde) tiene validez incluso si pagamos al proveedor una cantidad menor por los cargos facturados por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Consulte la información adicional sobre la facturación del saldo en la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted piense es por una cantidad mayor a la que usted debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó la factura a un proveedor de la red pero piensa que ha pagado una cantidad mayor, envíenos la factura así como la documentación de los pagos que haya hecho y solicite el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debería pagar conforme al plan.

3. Inscripción retroactiva en nuestro plan

A veces se inscribe a una persona en el plan de manera retroactiva. (La frase “de manera retroactiva” quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber ocurrido el año pasado.)

Si se inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y pagó cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos directamente de su bolsillo, después de la fecha en que se inscribió, puede solicitar el reembolso de la cantidad que pagó de nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para tramitar el reembolso.

Le pedimos que llame a Servicio al Cliente para que le den instrucciones para pedir el reembolso del pago y la información de plazos para hacerlo. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía.)

4. Cuando usted usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si trata de usar su tarjeta de ID del miembro en una farmacia fuera de la red para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto suceda, usted deberá pagar el costo total de la receta. (Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solamente en algunas situaciones especiales. Consulte la información adicional en la Sección 2.5 del Capítulo 5.)

Guarde su recibo y envíenos una copia para solicitar el reembolso de nuestra parte de los costos compartidos.

5. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de ID del miembro del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de ID del miembro del plan, puede pedir a la farmacia que llamen al plan o que busquen su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente su información de inscripción, es posible que usted tenga que pagar por su cuenta el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia para solicitar el reembolso de nuestra parte de los costos compartidos.

6. Cuando usted paga el costo total de la receta debido a otras razones

Es posible que deba pagar el costo total de la receta porque, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, tal vez el medicamento no está en la Lista de Medicamentos cubiertos del plan o tal vez tiene un requisito o restricción que usted desconocía o que usted cree que no es aplicable en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, tal vez tenga que pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para solicitar el reembolso. En ciertas ocasiones, es posible que tengamos que obtener más información de su médico para que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Todos los anteriores son ejemplos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Capítulo 9 de esta guía, titulado **(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])** contiene información para presentar una apelación.

Sección 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviar su solicitud de pago

Envíe su solicitud de pago, junto con su factura y los recibos de todos los pagos que haya efectuado. Es buena idea que usted conserve una copia de la factura y los recibos.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, le recomendamos que, para presentar su solicitud de pago, complete nuestro formulario de reclamos.

- No tiene que usar el formulario pero, si lo hace, nos será posible procesar la información con más rapidez.
- Puede descargar una copia del formulario mediante nuestro sitio web (**www.SeniorDimensions.com**) o, de otra manera, llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la contracubierta de esta guía).

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos de pago que tenga a esta dirección:

Medical Claims payment requests
Claims Administration
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114
Part D Prescription drug payment requests
Optum Rx
P.O. Box 29045
Hot Springs, AR 71903

Usted debe presentar su reclamo de la Parte C (servicios médicos) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Usted debe presentar su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). Si desconoce la cantidad que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros podemos ayudarle. También puede llamar si necesita darnos más información sobre una solicitud de pago que ya haya enviado.

Sección 3 El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la negará.

Sección 3.1 El plan determinará si cubrirá o no el servicio o medicamento así como la porción de pago que le corresponde pagar

Cuando hayamos recibido su solicitud de pago, le pediremos información adicional, si es necesario. De lo contrario, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento tiene cobertura y si usted cumplió con todas las normas para obtenerlo o el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si todavía no ha pagado el costo del servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor. El Capítulo 3 explica las normas que usted debe seguir para recibir servicios de salud cubiertos por el plan. El Capítulo 5 explica las normas que usted debe seguir para recibir los medicamentos con receta de la Parte D que tienen cobertura.)
- Si tomamos la decisión de que el cuidado médico o el medicamento no tiene cobertura o que usted no cumplió con todas las normas, entonces no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, usted recibirá una carta en la que explicaremos las razones por las cuales no se hace el reembolso que solicitó y su derecho para apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si recibe un comunicado indicando que no pagaremos la totalidad o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede apelar la decisión

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la cantidad que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que solicita que el plan cambie la decisión tomada al denegar su solicitud de pago.

Para obtener más información y presentar una apelación consulte el Capítulo 9 de esta guía (**Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, sería útil comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 contiene una introducción que explica el trámite de las decisiones de cobertura y apelaciones. También se incluyen definiciones de términos, como “apelación”. Luego de haber leído la Sección 4, puede consultar las instrucciones aplicables a su situación en la Sección correspondiente del Capítulo 9:

- Si desea presentar una apelación para recibir un reembolso del costo de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para recibir un reembolso del costo de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

Sección 4 Conserve sus recibos y envíenos copias para notificar el pago de un servicio

Sección 4.1 En algunos casos, envíe copias de sus recibos para que el plan actualice el registro de los costos de su bolsillo de sus medicamentos.

En algunos casos, debe dar parte al plan de los pagos que haya hecho para cubrir el costo de sus medicamentos. En estas situaciones, usted no está solicitando un reembolso, sino solamente da parte de sus pagos para que podamos calcular correctamente los gastos de su bolsillo. De esta manera, usted cumplirá más rápidamente los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Las siguientes son las dos situaciones en las que usted debe enviar una copia de los recibos que tenga como prueba de los pagos que usted ha hecho por sus medicamentos:

1. Si compra un medicamento a un precio más bajo que el nuestro

En ocasiones, cuando usted se encuentra en la etapa sin cobertura puede comprar medicamentos **en una farmacia de la red** a un precio menor al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un medicamento a un precio más económico. O tal vez usted tenga una tarjeta de descuento, no relacionada con el plan, que ofrezca un precio más bajo.
- A menos que hayan condiciones especiales, en estas situaciones usted debe usar una farmacia de la red y su medicamento debe estar en nuestra **Lista de Medicamentos**.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que contabilicemos los gastos de su bolsillo y determinar si cumple los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

- **Tenga presente lo siguiente:** Si usted se encuentra en la etapa sin cobertura no pagaremos ninguna parte del costo de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente los gastos de su bolsillo. De esta manera, usted podría cumplir más pronto con los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

2. Si recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por una compañía farmacéutica

Algunos miembros están inscritos en programas de asistencia al paciente ofrecidos por compañías farmacéuticas y excluidos de los beneficios del plan. Si recibe algún medicamento a través de un programa ofrecido por una compañía farmacéutica, es posible que usted tenga que hacer un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que contabilicemos los gastos de su bolsillo y determinemos si cumple los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.
- **Tenga presente lo siguiente:** Debido a que usted obtiene su medicamento a través de un programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de dicho medicamento. Pero si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente los gastos de su bolsillo. De esta manera, usted podría cumplir más pronto con los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Dado a que en los dos casos expuestos anteriormente usted no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran como decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Derechos y responsabilidades

Capítulo 8

Derechos y responsabilidades

Sección 1	El plan respeta sus derechos como miembro.....	3
Sección 1.1	Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales del cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos brindarle información útil y en otros idiomas aparte del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos....	3
Sección 1.1	Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus practicantes y sus proveedores, además de los derechos y responsabilidades de los miembros. Debemos proveer la información de una forma que sea adecuada para usted (en otros idiomas además de inglés, en formato de letras grandes o en otros formatos alternativos).....	3
Sección 1.2	Usted tiene derecho a recibir un trato respetuoso, digno y confidencial. Debemos tratarlo con ecuanimidad y respeto todo el tiempo.....	4
Sección 1.3	Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a los servicios médicos y medicamentos cubiertos.....	4
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información sobre la salud personal.....	5
Sección 1.5	Debemos proporcionar información acerca del plan, su red de proveedores, y sus servicios cubiertos.....	16
Sección 1.6	Tiene derecho a participar junto con los médicos en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones de salud, independientemente del costo o de los beneficios de la cobertura.....	18
Sección 1.7	Tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que usted recibe. Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	20
Sección 1.8	Qué puede hacer si piensa que ha recibido trato injusto o que no se han respetado sus derechos.....	20

Sección 1.9 Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de
derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
Cómo obtener más información sobre sus derechos..... 21

Sección 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan..... 21

Sección 2.1 Responsabilidades de los miembros del plan..... 21

Sección 1 El plan respeta sus derechos como miembro

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales del cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos brindarle información útil y en otros idiomas aparte del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos

Nuestro plan cuenta con personal y con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés o que tienen alguna discapacidad. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. También podemos proporcionarle la información en braille, en formato de letras grandes o en otros formatos, sin costo alguno, si es necesario. Se nos exige que le brindemos la información de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, por favor llame a Servicio al Cliente y solicite presentar una queja formal (los números de teléfono están impresos en la portada de esta guía). También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se encuentra en la Evidencia de Cobertura o en este comunicado. Si desea obtener más información puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus practicantes y sus proveedores, además de los derechos y responsabilidades de los miembros. Debemos proveer la información de una forma que sea adecuada para usted (en otros idiomas además de inglés, en formato de letras grandes o en otros formatos alternativos)

Nuestro Plan cuenta con personal y servicios de traducción para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. La información está disponible, gratuitamente, en otros idiomas. También, si la necesita, podemos brindarle la información en formato de letras grandes o en otros formatos alternativos. Si usted cumple los requisitos de Medicare debido a una discapacidad, debemos ofrecerle la información de los beneficios del plan de forma accesible y apropiada para usted. Para obtener información de parte nuestra de una forma adecuada para usted, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de esta guía).

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan debido a barreras de idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y presente una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Usted tiene derecho a recibir un trato respetuoso, digno y confidencial. Debemos tratarlo con ecuanimidad y respeto todo el tiempo

El plan debe obedecer las leyes que lo protegen a usted de un trato discriminatorio o desigual. **No discriminamos** a ninguna persona debido a su raza, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos de pago, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea más información o si tiene alguna duda sobre trato discriminatorio o 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado médico, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía). Si tiene una queja, por ejemplo, un problemas de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a los servicios médicos y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a seleccionar a un proveedor de cuidado primario de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos que usted reciba (el Capítulo 3 tiene más información al respecto). Llame al Servicio al Cliente para la información de los médicos actualmente aceptan clientes nuevos (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía). También tiene derecho a consultar a un especialista médico para mujeres (por ejemplo, un ginecólogo) sin necesitar una referencia

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de la red de proveedores, **dentro de un plazo razonable**. Incluido el derecho a obtener servicios de especialistas de manera oportuna cuando necesite este cuidado. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperas prolongadas.

Cómo recibir cuidado médico después del horario normal de atención

Consulte al proveedor de cuidado primario para saber cómo atiende el consultorio las llamadas recibidas fuera del horario normal de atención. Este plan también cubre servicios de cuidado de urgencia. Consulte el Directorio de Proveedores para la lista de instalaciones de cuidado de urgencia contratadas. Si no tiene un Directorio de Proveedores y el plan cubre el beneficio de línea telefónica de enfermeras consejeras, el personal de este servicio le ayudará a encontrar el centro de cuidado de urgencia más cercano. La Sección 2.1 del Capítulo 4 tiene la lista de servicios cubiertos.

Si piensa que no recibe los cuidados médicos o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el, Capítulo 9, en la Sección 10, de esta guía indica cómo proceder. (Si hemos negado cobertura para sus cuidados médicos o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, la Sección 4 indica cómo proceder.)

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información sobre la salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de los registros médicos y la información de salud personal. Protegemos la información de salud personal de conformidad con estas leyes.

- La “información de salud personal” incluye los datos personales que tomamos para su inscripción en el plan, al igual que sus registros médicos y la demás información médica de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control para la utilización de su información de salud. Usted recibirá un documento llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe 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 las personas sin autorización no accedan ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, antes de proporcionar su información de salud a terceros –de quienes no recibe cuidado médico ni realizan el pago del cuidado a nombre suyo–, **tenemos la obligación de contar primero con su permiso por escrito**. El permiso por escrito puede darlo usted o su representante legal autorizado para tomar decisiones a nombre suyo.
- Hay también ciertas excepciones que no exigen que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones son o permitidas o requeridas por la ley, por ejemplo:
 - Se nos exige que entreguemos información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad del cuidado médico.
 - Debido a que usted es miembro de este plan a través de Medicare, se nos exige proporcionar a Medicare su información de salud, la cual incluye información sobre medicamentos de la Parte D que le han recetado. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglas federales.

Usted puede ver la información de sus registros y enterarse cómo ha sido compartida con otros.

Tiene derecho a ver su historial médico que el plan mantiene y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por las copias de este documento. También tiene derecho a pedir que agreguemos datos o hagamos correcciones a su registro médico. Si desea modificar su registro, será necesario consultar a su proveedor de cuidado de la salud para determinar si se deberían hacer los cambios.

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

Si tiene dudas o preguntas sobre la privacidad de su información de la salud personal, llame al **Departamento de Servicio al Cliente** (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).

AVISOS DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD
AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE
USTED, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA LA
INFORMACIÓN DETENIDAMENTE.

Vigente con fecha 1 de enero de 2017

La ley¹ nos exige que protejamos la privacidad de su información sobre la salud. También exige que le enviemos este aviso, el cual explica de qué manera usamos su información y cuándo podemos entregar o divulgarla a otros. Usted también tiene derechos con respecto a su información sobre la salud descrita en este aviso. La ley exige que respetemos los términos de este aviso.

Los términos “información” o “información sobre la salud” en este aviso incluyen cualquier información en nuestro poder que, de manera razonable, se pueda utilizar para identificarlo y que está relacionada con su condición de salud física o mental, la provisión del cuidado de la salud que usted recibió o el pago por dicho cuidado de la salud. Nosotros, cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables relacionados con la notificación en caso de ocurrir una filtración de información sobre su salud.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si hacemos un cambio relevante a estas prácticas, en nuestra próxima difusión de información anual, le proporcionaremos ya sea un aviso actualizado o la información sobre dicho cambio, así como las instrucciones para obtener un aviso revisado. Proporcionaremos esta información por correo directo o electrónico, de conformidad con la ley correspondiente. En todos los casos, si mantenemos un sitio web para su plan de salud, publicaremos el aviso actualizado en el sitio web del plan de salud: www.SeniorDimensions.com. Reservamos el derecho a poner en vigencia cualquier aviso revisado o cambiado de la información que ya tenemos o de la que recibamos en el futuro.

UnitedHealth Group recopila y mantiene información en formato oral, escrito y electrónico a fin de administrar nuestras operaciones comerciales y ofrecer productos, servicios e información de relevancia nuestros miembros. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimientos en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros miembros, de conformidad con las normas estatales y federales pertinentes, a fin de protegerlos contra riesgos tales como pérdida, destrucción o abuso.

Cómo usamos o divulgamos la información

Debemos usar y divulgar su información sobre la salud para poder entregarla:

- A usted o a alguien con derecho legal para actuar por usted (su representante personal) con el fin de administrar sus derechos según lo descrito en este aviso; y
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurar que su privacidad esté protegida.

Tenemos derecho a usar y divulgar la información sobre la salud de su tratamiento, a pagar su cuidado de la salud y a administrar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información sobre la salud:

- **Para el pago** de las primas que se nos adeudan, para determinar su cobertura y para procesar los reclamos por los servicios de cuidado de la salud que recibe, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos indicar a un médico si usted reúne los requisitos de la cobertura y qué porcentaje de la factura podría estar cubierto.
- **Para tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información sobre la salud para ayudar en su tratamiento o en la coordinación de su cuidado médico. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudar en la provisión del cuidado médico que usted requiere.
- **Para operaciones de cuidado de la salud.** Podemos usar o divulgar información sobre la salud según sea necesario para operar y administrar las actividades de nuestra compañía relacionadas con la provisión y administración de su cobertura de cuidado de la salud. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerir un programa de bienestar o manejo de enfermedades que podría ayudar a mejorar su salud, o podríamos analizar datos para determinar cómo mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información sobre programas o productos relacionados con la salud** tales como tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujeto a los límites impuestos por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Si su cobertura es a través de un plan de salud grupal patrocinado por un empleador, podemos compartir información sobre la salud resumida e información de inscripción y desafiliación con el patrocinador del plan. Además, podemos compartir otra información sobre la salud con el patrocinador del plan para la administración del plan, si el patrocinador acepta las restricciones especiales sobre uso y divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.
- **Para fines de suscripción.** Podemos usar o divulgar su información sobre la salud para fines de suscripción; sin embargo, no utilizaremos ni divulgaremos su información genética para dicho fin.
- **Para recordatorios.** Podemos usar o divulgar información sobre la salud para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o atenciones, por ejemplo, recordatorios de citas que tenga con sus proveedores de cuidado médico.

Podemos usar o divulgar su información sobre la salud para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- **Según lo exige la ley.** Podemos divulgar información cuando la ley así lo requiere.
- **A las personas involucradas en su cuidado.** Podemos usar o divulgar su información sobre la salud a una persona involucrada en su cuidado o que ayuda a pagar su cuidado, por ejemplo, a un miembro de la familia, cuando está incapacitado o en una emergencia, o cuando usted acepta o no pone objeciones aun cuando se le da la oportunidad. Si no está disponible o no le es posible poner objeciones, usaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Se aplicarán reglas especiales en caso de que divulguemos información

sobre la salud a familiares y terceros involucrados en el cuidado del difunto. Podemos divulgar información sobre la salud a cualquier persona involucrada, antes de la defunción, en el cuidado o el pago del cuidado médico del difunto, a menos que tengamos noticia de que hacer esto sería consecuente con una preferencia expresada con anterioridad por el difunto.

- **Para actividades de salud pública** tales como informar o prevenir brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para dar parte de víctimas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar** a las autoridades del gobierno que tienen autorización, por ley, para recibir esta información, incluso a un servicio social o una agencia de servicio de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley, por ejemplo certificaciones, auditorías de gobierno e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos** por ejemplo, en respuesta a una orden de la corte, orden de allanamiento o citación judicial.
- **Para fines de cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su información de salud a un agente del orden público para propósitos oficiales como proveer información limitada para ubicar a una persona perdida o para dar parte de un delito.
- **Para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad** suya, de terceros o del público, como en el caso de divulgar información a agencias de salud pública o a autoridades del orden público, o en el caso de una emergencia o por fuerza mayor.
- **Para funciones gubernamentales especializadas** tales como actividades de militares y veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional y a los servicios de protección del Presidente y otros.
- **Para la Compensación para los Trabajadores** según lo autoricen las leyes estatales del seguro de compensación de accidentes de trabajo que regulan las lesiones y enfermedades laborales, o hasta el grado necesario para cumplirlas.
- **Para fines de investigación** tal como una investigación relacionada con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de una enfermedad o discapacidad, si el ensayo clínico cumple con los requisitos de las leyes federales de privacidad.
- **Para proveer información referente a difuntos.** Podemos divulgar información a un médico forense o médico legista para identificar a una persona muerta, determinar causas de muerte, o según lo autorice la ley. Podemos divulgar información a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus deberes.
- **Para fines de obtención de órganos.** Podemos usar o divulgar información a entidades que manejan la obtención, la acumulación o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el proceso de trasplante.
- **A instituciones correccionales o agentes del orden público** si usted es un recluso en una institución correccional o si está bajo la custodia de un agente del orden público, pero solamente si es necesario, 1) para que la institución le provea cuidado de la salud; 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad terceros; o 3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

- **A socios comerciales** que realizan funciones a nombre nuestro o que nos proveen servicios, si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Nuestros socios comerciales tienen la obligación, bajo contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, de proteger la privacidad de su información y no pueden usar ni divulgar la información de manera distinta a la especificada en nuestro contrato y a lo permitido por la ley federal.
- **Restricciones adicionales sobre uso y divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden exigir protecciones especiales de privacidad que restringen el uso y la divulgación de cierta información sobre la salud, incluida la información altamente confidencial sobre usted. La “información altamente confidencial” puede incluir información confidencial conforme a las leyes federales que regulan la información genética y la información sobre el abuso de alcohol y drogas, al igual que leyes estatales que a menudo protegen los siguientes tipos de información:
 1. VIH o sida;
 2. Salud mental;
 3. Pruebas genéticas;
 4. Abuso de alcohol y drogas;
 5. Enfermedades transmitidas sexualmente e información de salud reproductiva; y
 6. Abuso o negligencia de menores o adultos, que incluye el abuso sexual.

Si el uso o divulgación de la información sobre la salud descrita anteriormente en este aviso está prohibido o está considerablemente limitado por otras leyes que nos afectan, nuestra intención es satisfacer los requisitos de la ley que sea más estricta. Adjunto a este aviso esté el documento “Enmiendas federales y estatales”.

Salvo los usos y divulgaciones descritos y limitados como se establece en este aviso, usaremos y divulgaremos su información sobre la salud solamente con una autorización escrita de usted. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no utilizar ni divulgar notas de psicoterapia relacionadas a usted, vender su información de salud a terceros, o usar o divulgar dicha información para fines de comunicaciones promocionales que son comunicaciones prohibidas de marketing conforme a la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos dé autorización para divulgar su información sobre la salud, no podemos garantizar que el destinatario a quien se le entrega la información no divulgará dicha información. Puede retractarse o "revocar" su autorización escrita en cualquier momento por escrito, salvo si ya hemos actuado basado en su autorización. Para averiguar a dónde enviar su autorización escrita y cómo revocar una autorización, llame al número de teléfono impreso en el dorso de su tarjeta de ID de su plan de salud.

Cuáles son sus derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información sobre la salud:

- **Tiene derecho a pedir que se restrinjan** los usos o divulgaciones de su información de tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones de información a miembros de la familia o a otros que estén involucrados en su cuidado de la salud o en el pago del mismo. También podemos tener reglas sobre acceso de dependientes que autorizan a sus dependientes a solicitar ciertas

restricciones. **Tenga presente que a pesar de que intentaremos aceptar su solicitud y que permitiremos solicitudes de manera consistente con nuestras políticas, no se nos exige que nos comprometamos con ninguna restricción.**

- **Usted tiene derecho a solicitar cualquier comunicación confidencial** de la información de manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, mediante el envío de la información a una casilla postal en lugar de hacerlo a su domicilio). Daremos cabida a las solicitudes sensatas donde la divulgación de todo o parte de su información sobre la salud de otra manera pudiera ponerlo en peligro. En algunas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal para recibir comunicación confidencial. Sin embargo, también podríamos exigir que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud de modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa debe hacerse por escrito. Envíe por correo su solicitud a la dirección listada más abajo.
- **Tiene derecho a ver y a obtener una copia** de cierta información de salud que mantenemos sobre usted, por ejemplo, reclamos y registros tanto de la gestión médica como de los casos médicos. Si mantenemos su información sobre la salud en formato electrónico, usted tiene el derecho de solicitar que le enviemos una copia de dicha información en formato electrónico. También puede solicitar que le proporcionemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos podría recibir un resumen de esta información sobre la salud. Debe hacer una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información sobre la salud o pedir que se la envíen a un tercero. Envíe por correo su solicitud a la dirección listada más abajo. En ciertas circunstancias limitadas, podemos negar su solicitud para inspeccionar y copiar su información sobre la salud. Si denegamos su solicitud, puede tener derecho a hacer que se revise la negación. Podemos cobrar una tarifa razonable por las copias.
- **Tiene derecho a solicitar que se enmiende** cierta información sobre la salud que mantenemos de usted, por ejemplo, reclamos y registros de administración médica o de caso, si cree que su información sobre la salud es errónea o incompleta. Su solicitud debe hacerla por escrito y debe contener las razones de la enmienda solicitada. Envíe por correo su solicitud a la dirección listada más abajo. Si negamos su solicitud, es posible que pueda agregar una declaración de su desacuerdo a su información sobre la salud.
- **Tiene derecho a recibir una explicación** de ciertas divulgaciones de su información que hemos hecho durante los seis años previos a su solicitud. Esta explicación no incluirá divulgaciones de información hechas: i) con fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud; ii) a usted o conforme a su autorización; iii) a instituciones correccionales o agentes del orden público; y iv) otras divulgaciones por las cuales la ley federal no nos exige la presentación de una explicación.
- **Tiene derecho a una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Aun cuando haya consentido en recibir este aviso en formato electrónico, igual tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. Si mantenemos una página web para su plan de salud, usted puede obtener una copia de este aviso en el sitio web de su plan de salud como, por ejemplo, en www.SeniorDimensions.com.

Cómo ejercer sus derechos

- **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea obtener información sobre cómo ejercer sus derechos, llame **al número de teléfono gratis para miembros impreso en el reverso de su tarjeta de identificación (ID) del plan de salud** o puede comunicarse con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealth Group al 1-800-650-6232 (TTY 711).
- **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Puede enviarnos por correo sus solicitudes por escrito para ejercer cualquiera de sus derechos, que incluyen modificar o cancelar una comunicación confidencial, solicitar copias de sus registros o solicitar enmiendas a su registro, a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Cómo presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja contra nosotros en la dirección listada anteriormente.

También puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de su queja. No emprenderemos ninguna acción en contra de usted por haber presentado una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica tiene validez para los siguientes planes de salud afiliados con UnitedHealth Group ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD - Individual Practice Association, Inc.; Medica Health Plans of Florida, Inc.; Medica HealthCare Plans, Inc.; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optum Insurance Company of Ohio, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan,

Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United HealthCare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA LA INFORMACIÓN FINANCIERA
SOBRE USTED. LEA LA INFORMACIÓN DETENIDAMENTE.

Vigente con fecha 1 de enero de 2017

Nos² comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los efectos de este aviso, la frase “información financiera personal” significa información sobre un afiliado o un solicitante de cobertura de cuidado de la salud que identifica a la persona y que por lo general no está a disposición del público y que se recaba de la persona o se obtiene en relación con la prestación de cuidado de la salud a la persona.

²A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a las entidades identificadas en la nota de pie de página 1, que empieza en la primera página del Aviso de Prácticas de Privacidad de los Planes de Salud, más las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: Alere Women’s and Children’s Health, LLC; AmeriChoice Health Services, Inc.; Connexions HCl, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera tiene validez únicamente donde lo exija la ley. Específicamente, no tiene validez en el caso de (1) productos de seguros de salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance

Company, Inc.; o (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones para entidades o productos de seguros de salud cubiertos por la ley HIPAA.

La información que conseguimos

Según el producto o servicio que usted tenga con nosotros puede ser que solicitemos información financiera personal acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Información que nos envía en solicitudes o en otros formularios, por ejemplo, nombre, dirección, edad, información sobre la salud y número de Seguro Social.
- Información sobre las transacciones que ha hecho con nosotros y con nuestras afiliadas o terceros, como el pago de primas y el historial de reclamos.
- Datos provenientes de una agencia de información acerca de la solvencia de los consumidores.

Divulgación de la información

No divulgamos a terceros la información financiera personal de nuestros afiliados o ex afiliados, salvo si la ley así lo exige o permite. Por ejemplo, en el ejercicio de nuestra actividad en general podemos divulgar cualquier dato de la información financiera personal que recojamos de usted, sin necesitar autorización suya y según lo permite la ley, a las instituciones siguientes:

- Nuestras afiliadas corporativas, que incluye los proveedores de servicios financieros, como otras aseguradoras, y compañías ajenas al ámbito financiero, como procesadoras de datos.
- Compañías no afiliadas para atender fines comerciales cotidianos, como la tramitación de sus transacciones, el mantenimiento de sus cuentas o la respuesta a órdenes e investigaciones judiciales.
- Compañías no afiliadas que nos prestan servicios, entre otros, el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad

Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimientos, de conformidad con las normas estatales y federales pertinentes, a fin de proteger su información financiera contra riesgos tales como la pérdida, destrucción o abuso. Estas medidas incluyen salvaguardas informáticas, archivos y edificios seguros y restricciones sobre quién puede tener acceso a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso

Si tiene preguntas sobre este aviso, llame al **teléfono gratis para miembros que está impreso en la parte de atrás de su tarjeta de identificación (ID) del plan de salud** o comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealth Group al 1-800-650-6232 (TTY 711).

UNITEDHEALTH GROUP

**AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD:
ENMIENDAS FEDERALES Y ESTATALES**

Revisado: 1 de enero de 2017

La primera parte de este aviso, la cual provee nuestras prácticas de privacidad de la información sobre la salud, describe cómo usamos y divulgamos su información sobre la salud bajo las reglas federales de privacidad. Hay otras leyes que pueden limitar nuestros derechos a usar y divulgar su información sobre la salud más allá de lo que se nos permite hacer bajo las normas federales de privacidad. El propósito de las tablas siguientes es:

1. Mostrar las categorías de información sobre la salud que están sujetas a estas leyes más restrictivas.
2. Dar un resumen general de los casos en los que podemos usar y divulgar su información de salud sin su consentimiento.

Si bajo las leyes más restrictivas se requiere su consentimiento escrito, el consentimiento debe satisfacer las reglas particulares de la ley federal o estatal pertinente.

Resumen de las leyes federales	
Información de abuso de alcohol y drogas	
Se nos permite usar y divulgar la información de abuso de alcohol y drogas que está protegida por la ley federal solamente (1) en ciertas circunstancias limitadas, o divulgar solamente (2) a destinatarios específicos.	
Información genética	
No se nos permite usar información genética para fines de suscripción.	

Resumen de las leyes estatales	
Información médica general	
Se nos permite divulgar la información sobre la salud general solamente 1) en ciertas circunstancias limitadas, o 2) a destinatarios específicos.	AR, CA, DE, NE, NY, PR, RI, VT, WA, WI
Las HMO deben brindar a los afiliados una oportunidad para aprobar o rechazar las divulgaciones, sujeto a ciertas excepciones.	KY
Usted podrá restringir ciertas divulgaciones electrónicas de tal información sobre la salud.	NC, NV
No se nos permite usar la información sobre la salud para ciertos propósitos.	CA, IA

Resumen de las leyes estatales	
No usaremos ni divulgaremos la información sobre determinados programas de asistencia pública, salvo con fines específicos	KY, MO, NJ, SD
Tenemos que cumplir con ciertas condiciones adicionales antes de divulgar su información de salud para ciertos fines.	KS
Recetas	
Se nos permite divulgar la información relativa a las recetas solamente 1) en ciertas circunstancias limitadas, o (2) a destinatarios específicos.	ID, NH, NV
Enfermedades contagiosas	
Se nos permite divulgar la información de enfermedades contagiosas solamente 1) en ciertas circunstancias limitadas, o 2) a destinatarios específicos.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
Enfermedades transmitidas sexualmente y salud reproductiva	
Se nos permite divulgar la información de enfermedades transmitidas sexualmente o de salud reproductiva solamente 1) en ciertas circunstancias limitadas, o 2) a destinatarios específicos.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
Abuso de alcohol y drogas	
Se nos permite usar y divulgar la información de abuso de alcohol y drogas 1) en ciertas circunstancias limitadas, o divulgar solamente 2) a destinatarios específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
Las divulgaciones de la información de abuso de alcohol y drogas pueden ser restringidas por la persona que es sujeto de la información.	WA
Información genética	
No se nos permite divulgar la información genética sin su consentimiento escrito.	CA, CO, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Se nos permite divulgar la información genética solamente (1) en ciertas circunstancias limitadas o (2) a destinatarios específicos.	AK, AZ, FL, GA, IL, IA, MD, ME, MA, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT

Resumen de las leyes estatales	
Se aplican restricciones a (1) el uso, o (2) la retención de la información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT
VIH o sida	
Se nos permite divulgar la información relativa al VIH o sida solamente 1) en ciertas circunstancias limitadas o 2) a destinatarios específicos.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de la información relativa al VIH o sida.	CT, FL
Obtendremos cierta información relacionada con el VIH Y SIDA únicamente con su consentimiento escrito.	OR
Salud Mental	
Se nos permite divulgar la información de salud mental solamente 1) en ciertas circunstancias limitadas o 2) a destinatarios específicos.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
Las divulgaciones pueden ser restringidas por la persona que es el sujeto de la información.	WA
Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de la información relativa a la salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones al uso de la información relativa a la salud mental.	ME
Abuso de menores o adultos	
Se nos permite usar y divulgar la información de abuso de menores o adultos únicamente 1) en ciertas circunstancias limitadas, o divulgarla solamente 2) a destinatarios específicos.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, RI, TN, TX, UT, WI

Sección 1.5 Debemos proporcionar información acerca del plan, su red de proveedores, y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de

una forma que sea adecuada para usted. Por ejemplo, información en otros idiomas además del inglés, así como también en letras grandes y otros formatos alternativos.)

Si desea recibir alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía):

- **Información acerca de nuestro plan.** Por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. O bien, información sobre el número de apelaciones presentadas por los miembros y las evaluaciones de desempeño del plan; incluye también las evaluaciones de parte de los miembros del plan e información sobre cómo se compara este plan con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestra red de proveedores incluidas las farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de parte nuestra acerca de la acreditación profesional de los proveedores y las farmacias que son parte de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - **El Directorio de Proveedores** tiene la lista de proveedores de la red del plan.
 - **El Directorio de Farmacias** tiene la lista de farmacias de la red del plan.
 - Si desea información más detallada sobre proveedores del plan o farmacias, puede llamar a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía) o visite nuestro sitio web en www.SeniorDimensions.com.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de esta guía se explica qué servicios médicos están cubiertos, las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos.
 - Para la información detallada de su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de esta guía y la **Lista de Medicamentos cubiertos** del plan, los cuales indican los medicamentos que están cubiertos, explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).
- **Información sobre los servicios que no están cubiertos y qué puede hacer usted al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene alguna limitación, puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a obtener una explicación aún si recibe el servicio médico o medicamento un proveedor o una farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de qué cuidado médico o medicamento de la Parte D tiene cobertura, usted tiene derecho a pedir que modifiquemos nuestra decisión. Pida que cambiemos nuestra decisión mediante una apelación. Para más información sobre qué debe hacer si algún servicio no tiene la cobertura que usted cree que debería tener, consulte el Capítulo 9 de esta guía. Este capítulo indica los detalles para presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra

decisión (el Capítulo 9 también indica cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los periodos de espera y otros problemas que haya tenido).

- ° Si desea pedir al plan el pago de nuestra parte de una factura que haya recibido por cuidados médicos o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de esta guía.

Sección 1.6 **Tiene derecho a participar junto con los médicos en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones de salud, independientemente del costo o de los beneficios de la cobertura.**

Usted tiene derecho a saber cuáles son sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones relacionadas con su cuidado médico

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de médicos y otros proveedores de cuidado de la salud cuando acuda a recibir sus servicios. Los proveedores deben explicarle su condición de salud y las opciones de tratamiento **de una manera clara y sencilla**.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con los médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, usted tiene derecho a:

- **Conocer todas sus opciones.** Significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin tener en cuenta el costo o si están cubiertas o no por nuestro plan. También significa que debe recibir información de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y que los usen de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre cualesquier riesgos involucrados en su cuidado médico. Se le debe informar anticipadamente si algún cuidado médico o tratamiento propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a “negarse” a recibir tratamientos.** Usted tiene derecho a rechazar cualquiera de los tratamientos recomendados. Incluido el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, aún si el médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar medicamentos. Desde luego, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda a su organismo como resultado de esta decisión.
- **Recibir una explicación si se le niega cobertura para el cuidado de la salud.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le niega cuidados médicos que usted piensa que tiene derecho a recibir. Para recibir este documento explicativo, necesitará pedir una decisión de cobertura. Capítulo 9 de esta guía tiene instrucciones para que usted solicite una decisión de cobertura al plan.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre sus deseos, si usted no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas pierden sus facultades para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por ellos mismos debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar su voluntad sobre lo que desea que ocurra si se encontrara en esta situación. En otras palabras, **si usted lo desea**, puede:

- Completar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si llegara a quedar incapacitado para tomarlas por cuenta propia.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de sus cuidados médicos, si llegara a quedar incapacitado para tomarlas por cuenta propia.

Los documentos legales que puede usar para incluir instrucciones previas en estos casos se llaman **“instrucciones por anticipado.”** Hay diferentes tipos de “instrucciones por anticipado” y reciben distintos nombres. Los documentos conocidos como **“testamento en vida” y “poder legal para cuidado de la salud”** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea usar el documento instrucciones por anticipado para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si usted desea preparar este documento, obtenga el formulario de su abogado, de su trabajador social o en alguna tienda de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de instrucciones por anticipado en organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede pedir al Servicio al Cliente que le ayude a conseguir este formulario.
- **Complete y firme el documento.** Sin importar dónde haya obtenido el documento, tenga presente que se trata de un documento legal. Posiblemente desee consultar a un abogado para que le ayude a llenarlo correctamente.
- **Entregue copias a las personas interesadas.** Entregue una copia de las instrucciones por anticipado a su médico y a la persona que usted ha nombrado en el formulario como aquella que tomará decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Además, tal vez desee dar copias a amigos íntimos o a miembros de su familia. Asegúrese de guardar una copia en un lugar seguro.

Si se entera con anticipación que lo van a hospitalizar y ya ha firmado las instrucciones por anticipado, **lleve una copia consigo al hospital.**

- Si es hospitalizado, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo trajo con usted.
- Si no ha firmado el formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es decisión suya si desea completar o no las “instrucciones por anticipado” (incluso si quiere firmar dichas instrucciones si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle cuidados médicos ni discriminarlo por haber firmado o no las “instrucciones por anticipado”.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado las instrucciones por anticipado pero piensa que un médico o un hospital no las han seguido, puede presentar una queja ante la agencia del estado específico, por ejemplo, el Departamento de Salud de su estado. Consulte la información de contacto de la agencia específica de su estado en la Sección 3 del Capítulo 2.

Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que usted recibe. Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas o dudas sobre los servicios o los cuidados con cobertura, el Capítulo 9 de esta guía indica qué puede hacer. También contiene información sobre cómo proceder con todo tipo de problemas y quejas. El procedimiento para un seguimiento del problema o duda dependerá de la situación. Posiblemente desee pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, desde solicitar que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **tenemos la obligación de tratarle de una manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).

Sección 1.8 Qué puede hacer si piensa que ha recibido trato injusto o que no se han respetado sus derechos

Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si piensa que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo, edad u origen nacional, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Otro tipo de problema

Si piensa que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no han sido respetados, y esta cuestión no es respecto a discriminación, obtenga ayuda para tratar el problema de la siguiente manera:

- Llame al **Departamento de Servicio al Cliente** (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).

- **Llamar a Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.** Para obtener más información acerca de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, sección 3.
- Si prefiere, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- **Llamar al Departamento de Servicio al Cliente** (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).
- Llame **al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.** Para obtener más información acerca de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare.**
 - Visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”. (Obtenga una copia de esta publicación en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
 - O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 Responsabilidades de los miembros del plan

A continuación se detallan las responsabilidades que usted tiene como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía). Estamos a sus órdenes.

- **Familiarícese con la cobertura de sus servicios y con las reglas que debe cumplir para que tengan cobertura servicios.** Use esta guía de **Evidencia de Cobertura** para saber qué servicios tienen cobertura y las reglas que debe cumplir para que sus servicios reciban cobertura.
 - Los Capítulos 3 y 4 detallan los servicios médicos, incluidos los servicios que tiene y no tienen cobertura, las reglas a seguir y las cantidades que le corresponden pagar a usted.
 - Los Capítulos 5 y 6 detallan la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de la que ofrece nuestro plan, usted tiene la obligación de hacérselo saber.** Llame al Servicio al Cliente para proporcionar esta información (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).

-
- Tenemos la obligación de seguir las reglas establecidas por Medicare para verificar que usted está utilizando su cobertura de manera combinada cuando recibe servicios que están cubiertos por nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de los beneficios**”, porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que usted recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que usted tenga. Nosotros ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de los beneficios, consulte Capítulo 1, Sección 10).
 - **Comuníquese a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro siempre que reciba su cuidado médico o sus medicamentos con receta de la Parte D.
 - **Usted ayuda a sus médicos y a otros proveedores, siempre que proporciona la información correspondiente, hace preguntas y cumple con todas las indicaciones de su cuidado médico.**
 - Para que sus médicos y otros proveedores de salud puedan prestarle el mejor cuidado, esté enterado, en la medida de lo posible, de sus problemas de salud y proporcione la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan cuales medicamentos está tomando, incluidos los medicamentos comprados sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas. Sus médicos y proveedores de cuidado de la salud deben explicar las cosas de forma que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
 - **Sea respetuoso.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de tal manera que haga posible el buen funcionamiento del consultorio médico, de los hospitales y de cualquier otra oficina.
 - **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Un requisito para ser miembro de nuestro plan, es que usted debe estar inscrito en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Por esta razón, para seguir siendo miembros del plan, algunos miembros deben pagar la prima de la Parte A de Medicare y, asimismo, la mayoría de los miembros del plan deben pagar la prima de la Parte B de Medicare.
 - En el caso de la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que le corresponde al momento de recibir el servicio o medicamento. O sea, el copago (una cantidad fija) o el coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 indica la cantidad que debe pagar por los servicios médicos. El Capítulo 6 indica la cantidad que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no tienen cobertura del plan ni de ningún otro seguro, usted debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con la decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si tiene la obligación de pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla para poder seguir recibiendo la cobertura de medicamentos con receta.

-
- Si tiene la obligación de pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para poder seguir siendo miembro del plan.
 - **Avísenos si se muda de casa.** Si se va a mudar de casa, es importante que nos lo comunique inmediatamente. Llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada posterior de esta guía).
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 indica el área de servicio del plan.) Si desea saber si se mudará fuera de nuestra área de servicio podemos ayudarle. Si se va a mudar de nuestra área de servicio, dispondrá de un período de inscripción especial que le permitirá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Con gusto le indicaremos si tenemos un plan en su área nueva.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para mantener su registro de membresía al día y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante que de parte al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Encontrará los teléfonos y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
 - **Si tiene preguntas o dudas, llame al Servicio al Cliente.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfonos y el horario de atención del Servicio al Cliente están impresos en la portada posterior de esta guía.
 - Si desea más información para comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ANTECEDENTES

Sección 1	Introducción.....	4
	Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una duda.....	4
	Sección 1.2 Términos legales usados.....	4
Sección 2	Obtenga ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros.....	4
	Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	4
Sección 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar un problema?.....	5
	Sección 3.1 Elija entre el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones y el proceso para presentar quejas.....	5

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

Sección 4	Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	6
	Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: generalidades.....	6
	Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	7
	Sección 4.3 ¿Qué Sección de este Capítulo detalla su situación?.....	8
Sección 5	Su cuidado médico: Cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones.....	8
	Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea el reembolso de la parte del costo de su cuidado que paga el plan.....	8
	Sección 5.2 Instrucciones paso a paso para solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que se autorice o se proporcione la cobertura de cuidado médico que usted desea).....	10
	Sección 5.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de cuidado médico tomada por nuestro plan).....	13

Sección 5.4	Instrucciones paso a paso: Cómo se completa una apelación de Nivel 2.....	16
Sección 5.5	¿Qué pasa si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por cuidado médico?.....	18
Sección 6	Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación para los medicamentos con receta de la Parte D.....	19
Sección 6.1	Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea el reembolso de un pago por alguno de estos medicamentos.....	19
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?.....	21
Sección 6.3	Información importante sobre la solicitud de excepciones.....	22
Sección 6.4	Instrucciones paso a paso para solicitar una decisión de cobertura o una excepción.....	23
Sección 6.5	Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	26
Sección 6.6	Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	29
Sección 7	Cómo solicitar cobertura para estadías más prolongadas en un hospital, como paciente hospitalizado, si piensa que el médico le da de alta prematuramente	31
Sección 7.1	En caso de una hospitalización, recibirá un aviso por escrito de parte de Medicare con información sobre sus derechos.....	31
Sección 7.2	Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	33
Sección 7.3	Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	36
Sección 7.4	¿Qué sucede si se pasa de la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?.....	37
Sección 8	Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.....	40
Sección 8.1	Esta Sección explica solamente tres servicios: Servicios de cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios	40

Sección 8.2	Le daremos aviso con anticipación la fecha en que terminará su cobertura.....	41
Sección 8.3	Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su cuidado por un tiempo más largo.....	42
Sección 8.4	Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por un tiempo más largo.....	44
Sección 8.5	¿Qué sucede si se pasa la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?.....	46
Sección 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros Niveles superiores.....	49
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por servicios médicos	49
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D.....	50

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Sección 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.....	52
Sección 10.1	Problemas que se abordan en el proceso de quejas.....	52
Sección 10.2	En términos formales, “presentar una queja” se llama “presentar una queja formal”	53
Sección 10.3	Instrucciones paso a paso: Quejas.....	54
Sección 10.4	Presente quejas con respecto a la calidad del cuidado médico a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	55
Sección 10.5	Comparta su queja con Medicare.....	55

ANTECEDENTES

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una duda

Este Capítulo explica los dos procesos para tratar problemas y dudas según corresponda:

- **Proceso para decisiones de cobertura y presentación de apelaciones.**
- **Proceso de presentación de quejas.**

Estos dos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar la imparcialidad y el tratamiento oportuno de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que deben ser cumplidos tanto por nosotros como por usted.

¿Cuál proceso debe utilizar? El proceso a usar dependerá del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir.

Sección 1.2 Términos legales usados

Ciertos términos legales hacen referencia a algunas de las reglas, procedimientos y fechas límite que se explican en este Capítulo. Muchos de estos términos son poco conocidos por la mayoría de la gente y, por lo tanto, son difíciles de entender.

Para simplificar la lectura, este Capítulo explica las reglas y los procedimientos legales con palabras más comunes en lugar de usar términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice "presentar una queja" en vez de "presentar una queja formal", "decisión de cobertura" en vez de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura", y "Organización de Revisión Independiente" en lugar de "Entidad de Revisión Independiente". También emplea abreviaturas en la menor medida posible.

Sin embargo, sería de utilidad –y hasta muy importante– que usted sepa cuáles son los términos legales correctos para la situación en que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa para tratar su problema y obtendrá la ayuda o información correcta de acuerdo con su situación. A lo largo del Capítulo encontrará los términos legales correspondientes a los detalles para tratar situaciones específicas.

Sección 2 Obtenga ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Por una parte, puede ser confuso iniciar el proceso para tratar un problema o darle seguimiento. Esto es especialmente cierto si no goza de buena salud o tiene poca energía. Por otra, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de organizaciones gubernamentales

Nosotros estamos siempre a su disposición para ayudarlo. Aunque, es muy probable que en algunas situaciones también desee contar con la ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Para esto, usted puede ponerse en contacto con el **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con consejeros capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros, con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los consejeros del programa le ayudarán a elegir el proceso que debe utilizar para tratar algún problema. También responderán sus preguntas, le darán información adicional y orientación sobre los pasos que debe seguir.

Los servicios de los consejeros de Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2 de esta guía.

Obtenga ayuda e información a través de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, comuníquese con Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>).

Sección 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar un problema?

Sección 3.1 Elija entre el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones y el proceso para presentar quejas

Si tiene algún problema o duda, solamente lea las partes de este Capítulo correspondientes a su situación. La siguiente guía le será de mucha utilidad.

Si desea saber qué parte de este Capítulo tiene información para resolver su problema o duda en particular, **COMIENCE AQUÍ:**

¿Se relaciona su problema o duda con sus beneficios o con su cobertura?	
Por ejemplo, si algún tipo de cuidado médico o medicamento recetado en particular están cubiertos o no, detalles de la cobertura y problemas relacionados con el pago del cuidado médico o de los medicamentos con receta.	
Sí.	No.
Mi problema se relaciona con beneficios o con cobertura.	Mi problema <u>no está relacionado</u> con beneficios ni con cobertura.
Consulte la Sección 4 de este Capítulo, titulada “Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”.	Consulte la Sección 10 al final de este Capítulo, “ Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de

	espera, el servicio al cliente u otros problemas”.
--	---

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

Sección 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: generalidades

El proceso para decisiones de cobertura y presentar apelaciones se refiere a problemas relacionados con los beneficios y con la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos problemas relacionados con el pago de los servicios. Se trata del proceso usado para resolver casos en los que una condición médica tiene cobertura o no y hasta qué grado tiene cobertura.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable), en su nombre, cada vez que usted recibe cuidado de este médico, o siempre que el médico de la red lo refiera a un especialista. Usted o su médico puede comunicarse con el plan y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a prestarle cuidado médico que usted considera necesario. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura en su caso.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos y qué cantidad pagamos por ellos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o que ya no está cubierto por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, usted puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede apelar la decisión. Una apelación es el mecanismo formal para pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Si apela una decisión por primera vez, está realizando una apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si seguimos todas las reglas debidamente. Los revisores que manejan su apelación son distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. En ciertos casos, que explicaremos más adelante, usted puede pedir una “decisión de cobertura rápida” o bien una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si denegamos de manera total o parcial su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la gestiona una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunos casos, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para realizar una apelación de Nivel 2. Si esto ocurre, le avisaremos. En otros casos, usted deberá presentar una apelación de Nivel 2.) Si no está conforme con la decisión tomada en el Nivel 2, puede seguir insistiendo a través de Niveles de apelación adicionales.

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

¿Desearía recibir ayuda? Estos son recursos que tal vez le convenga usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o si apela una decisión:

- Puede **llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía).
- **Obtención de ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Consulte la Sección 2 de este Capítulo.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
 - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura para el cuidado médico o una apelación de Nivel 1 en nombre suyo. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional autorizado para recetar debe estar designado como su representante.
 - Si se trata de medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar, en nombre suyo, una decisión de cobertura o pueden presentar una apelación de Nivel 1 o 2. Para presentar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que receta debe estar designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre suyo.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Es posible que haya alguien que ya está legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley de su Estado.
 - Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, o que otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la cubierta posterior de esta guía) y solicite el formulario “Designación de Representante”. También puede conseguir el formulario en el sitio web de Medicare: <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en nombre suyo. Debe ser firmado por usted y por la persona que a usted le gustaría que actúe en nombre suyo. Usted debe entregar a nosotros una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en nombre suyo.** Puede contratar a su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado de la asociación

local de abogados o de algún otro servicio de referencia. También hay grupos que le darán servicios jurídicos gratis si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué Sección de este Capítulo detalla su situación?

Hay cuatro diferentes situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada caso tiene distintas reglas y fechas límite, damos los detalles de cada caso en una Sección aparte:

- **Sección 5** de este Capítulo: “Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este Capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este Capítulo: “Cómo solicitar cobertura para estadías más prolongadas en un hospital, como paciente hospitalizado, si piensa que el médico le da de alta prematuramente”
- **Sección 8** de este Capítulo: “**Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto**” (Solamente en el caso de estos servicios: servicios de cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios)

Si todavía no está seguro de qué Sección debe leer, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de esta guía). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como por ejemplo, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el Capítulo 2, Sección 3, de esta guía tiene los teléfonos de este programa).

Sección 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones



¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo, titulada (**Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones**)? Si no lo ha hecho, sería recomendable que la leyera antes de empezar esta Sección.

Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea el reembolso de la parte del costo de su cuidado que paga el plan

Esta Sección es acerca de sus beneficios de cuidados y servicios médicos. Los beneficios se describen en el Capítulo 4 de esta guía: **Tabla de beneficios médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)**. Para simplificar la lectura, generalmente usaremos “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico” en el resto de esta Sección, en lugar de repetir “cuidado, tratamiento o servicios médicos”.

Esta Sección indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted no recibe el cuidado médico que desea, y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico le proporciona, y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
3. Usted piensa que los cuidados o servicios médicos que ha recibido deberían estar cubiertos por el plan, pero este ha indicado que no pagará el costo de los servicios.
4. Usted piensa que los cuidados o servicios médicos que ha recibido y pagado deberían estar cubiertos por el plan, y desea pedir al plan que le reembolse la parte que le corresponde por estos cuidados.
5. Se le ha indicado que la cobertura de cierto cuidado médico previamente aprobado que ha estado recibiendo se reducirá o suspenderá, y usted piensa que la reducción o suspensión de dicho cuidado podría perjudicar su salud.

• **NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es por cuidado hospitalario, cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios,** debe leer otra Sección de este Capítulo que contiene las reglas especiales que se aplican a estos cuidados. Para estas situaciones recomendamos que lea:

- La Sección 7 del Capítulo 9: **Cómo solicitar la cobertura de una estadía en hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted cree que el médico le da alta prematuramente**
- La Sección 8 del Capítulo 9: **Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.** Esta Sección solamente cubre tres tipos de servicios: cuidado de la salud a domicilio, cuidados en un centro de enfermería especializada y servicios en centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios.

• Para **todas las demás** situaciones en que le hayan informado que se suspenderá el cuidado médico que ha estado recibiendo, lea la (Sección 5) para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Situación:	Qué puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos el cuidado médico o los servicios que desea?	Solicite una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5.2 de este Capítulo.
¿Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la forma en que usted espera?	Yo Presente una apelación . (Esto significa que usted pide que reconsideremos la decisión tomada.) Consulte la Sección 5.3 de este Capítulo.
¿Quiere pedirnos el reembolso del pago de un medicamento que usted ya compró y recibió?	Envíenos la factura. Consulte la Sección 5.5 de este Capítulo.

Sección 5.2 Instrucciones paso a paso para solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que se autorice o se proporcione la cobertura de cuidado médico que usted desea)

Términos legales	Si una decisión de cobertura se relaciona con el cuidado médico, se llama “ determinación de la organización ”.
-------------------------	--

1

Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura con respecto al cuidado médico que solicita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe presentar una “**decisión de cobertura rápida.**”

Términos legales	Una “decisión de cobertura rápida” es lo mismo que una “ determinación de tramitación rápida. ”
-------------------------	--

Cómo solicitar cobertura para el cuidado médico que usted quiere

- Para comenzar, llame o escriba a nuestro plan para presentar su solicitud y autoricemos o demos cobertura al cuidado médico que usted quiere. Usted, su médico o su representante puede encargarse de hacer esto.
- Los detalles para comunicarse con el plan se encuentran en la Sección 1 del Capítulo 2. Busque la Sección titulada **Cómo comunicarse con el plan para solicitar una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico.**

Generalmente, aplicamos las fechas límite estándar para tomar nuestra decisión

Para tomar una decisión, aplicaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. **Por decisión de cobertura estándar se entiende que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si usted pide más tiempo, o si necesitamos información adicional (por ejemplo, expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que pudieran beneficiarle. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si usted cree que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de tramitación rápida” contra nuestra decisión de necesitar días adicionales. Si presenta una queja de tramitación rápida, le daremos respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. (El proceso para presentar quejas es distinto al proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)

Si su estado de salud lo requiere, solicite al plan una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida quiere decir que le responderemos en un plazo no mayor de 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si falta información que podría beneficiarle (por ejemplo, expedientes médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para hacernos llegar la información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de tramitación rápida” contra nuestra decisión de necesitar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si solicita cobertura para el cuidado médico **que aún no ha recibido**. (No es posible que obtenga una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago del cuidado médico que usted ya recibió.)
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente** si la aplicación de las fechas límite estándar **podiera causar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar**.
- **Si su médico u otro profesional que receta indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente darle una decisión.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición de salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de confirmación de esto (y utilizaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta indicará que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión.
 - La carta también indicará cómo puede presentar una queja de tramitación rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluso las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)

2

Paso 2: El plan considerará su solicitud de cobertura de cuidado médico y le dará respuesta.

Fechas límite para tomar una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, en el caso de una decisión de cobertura rápida, recibirá respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales en ciertas circunstancias. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de tramitación rápida” contra nuestra decisión de necesitar días adicionales. Si presenta una queja de tramitación rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)
 - Si no le damos respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o si el plazo ha sido prolongado, al finalizar este plazo), tiene derecho a presentar una apelación. Las instrucciones para presentar una apelación se incluyen en la Sección 5.3 a continuación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura de cuidado médico que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si prolongamos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proveeremos la cobertura al final del período prolongado.
- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud**, le enviaremos una explicación por escrito que detalla la razón de nuestra negativa.
- **Fechas límite para tomar una decisión de cobertura estándar** Por lo general, si se trata de una decisión de cobertura estándar, le daremos respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud**.
 - En ciertas circunstancias, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (o “período prolongado”). Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted cree que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de tramitación rápida” contra nuestra decisión de necesitar días adicionales. Si presenta una queja de tramitación rápida, le daremos respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)
 - Si no le damos respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario (o si el plazo ha sido prolongado, al finalizar este plazo), tiene derecho a presentar una apelación. Las instrucciones para presentar una apelación se incluyen en la Sección 5.3 a continuación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si prolongamos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proveeremos la cobertura al final de ese período prolongado.
- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud**, le enviaremos una explicación por escrito que detalla la razón de nuestra negativa.

3 Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que reconsideremos –y que posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos. En otras palabras, presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de cuidado médico que desea.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de cuidado médico tomada por nuestro plan)

Términos legales	Una apelación presentada al plan para una decisión de cobertura de medicamentos de cuidado médico es lo que se llama “reconsideración” de parte del plan.
-------------------------	--

1 Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta una apelación. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe presentar una **“apelación rápida”**.

Qué debe hacer

- **Para empezar el proceso de apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con el plan.** Si desea obtener más información para comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección titulada **Cómo comunicarse con el plan para presentar una apelación sobre su cuidado médico.**
- **Si solicita una apelación estándar, haga su solicitud por escrito.**
 - Si una persona distinta a su médico va a apelar nuestra decisión en su nombre, la apelación debe incluir el formulario “Nombramiento de representante”, en el que autoriza a esta persona para que lo represente. Para obtener el formulario, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la cubierta posterior de esta guía) y solicite el formulario “Nombramiento de Representante”. También puede conseguirlo en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS1696Spanish.pdf Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos

comenzar o terminar la revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (el plazo para tomar la decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explica su derecho de solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si se trata de una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llámenos** al número de teléfono indicado en la Sección 1 del Capítulo 2 (**Cómo comunicarse con el plan para presentar una apelación o queja sobre su cuidado médico**).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos como respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se pasa de esta fecha límite y tiene una buena razón para que esto haya ocurrido, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Un ejemplo de una buena razón para se le haya pasado la fecha límite es si usted sufrió una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar la solicitud de apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a pedir una copia de la información referente a su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden aportar información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, presente una apelación rápida (hágalo con una llamada telefónica)

Términos Legales	Una “apelación rápida” también se llama “ reconsideración acelerada ”.
------------------	---

- Si apela la decisión de nosotros sobre una cobertura de cuidado médico que aún no ha recibido, usted o su médico tendrán que decidir si usted necesita “una apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”. (Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida que se proporcionaron anteriormente en esta Sección.)
- Si su médico indica que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.

2

Paso 2: El plan considerará su solicitud y le dará respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su solicitud de apelación, examinamos una vez más, de manera meticulosa, toda la información relacionada con su solicitud de cobertura de cuidado médico. Esta revisión tiene como fin determinar si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, nos comunicaremos con usted o con su médico para solicitar más información

Fechas límite para presentar una apelación rápida

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su estado salud amerita que así lo hagamos.
 - Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos conseguir más información que pudiera beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o al final del período de tiempo prolongado si tomamos días adicionales), se nos exige que automáticamente enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante, en esta misma Sección, hablaremos de esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito con la información del envío automático de su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Fechas límite para presentar una apelación “estándar”

- En el caso de las fechas límite estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de recibir su apelación, si su apelación es por cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión más pronto si su estado de salud amerita que así lo hagamos.
 - Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos conseguir más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted cree que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de tramitación rápida” contra nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si presenta una queja de tramitación rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluso las quejas de tramitación rápida, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)
 - Si no le damos una respuesta en la fecha límite mencionada anteriormente (o al final del período de tiempo prolongado si tomamos días adicionales), se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización

externa independiente. Más adelante en esta Sección, analizaremos esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito que le informará el envío automático de su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

3 Paso 3: Si nosotros denegamos de manera total o parcial su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación, **nuestro plan tiene la obligación de enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente Nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Instrucciones paso a paso: Cómo se completa una apelación de Nivel 2

Si nuestro plan deniega su apelación de Nivel 1, su caso será enviado **automáticamente** al siguiente Nivel del proceso de apelación. En la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada por nosotros respecto a su primera apelación. Esta Organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos Legales	El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se le identifica con la sigla inglesa “IRE”.
------------------	--

1 Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** Esta Organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para llevar a cabo las tareas de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. A esta información se le llama su “expediente”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente.**

- Tiene derecho a darle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente harán una revisión minuciosa de toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de haberla recibido.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita conseguir más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**.

Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, su apelación en el Nivel 2 también será estándar

- Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, de manera automática su apelación en el Nivel 2 también será estándar. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que haya recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita conseguir más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**.

2

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le hará saber su decisión por escrito y le explicará las razones de dicha decisión.

- **Si la Organización de Revisión acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó** debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas, o proveer el servicio en un plazo no mayor de 14 días calendario, después de que hayamos recibido la decisión de la Organización de Revisión (si se trata de una solicitud estándar), o en un plazo no mayor de 72 horas después de que hayamos recibido la decisión de la Organización de Revisión (si se trata de una solicitud rápida).
- **Si esta Organización deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que ellos están de acuerdo con nosotros en que la totalidad de su solicitud de cobertura de cuidado médico (o una parte de su solicitud) no debe aprobarse. (Esto se llama “ratificación de la decisión”. También se llama “declinación de su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “ratifica la decisión” tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de cuidado médico que está solicitando debe cumplir con cierto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no

puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es final. El aviso escrito que recibirá de la Organización de Revisión Independiente indicará cómo averiguar el valor monetario mínimo necesario para continuar con el proceso de apelación.

3

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere llevar su apelación al siguiente Nivel.

- Hay tres Niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco Niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por cuidado médico?

Si quiere solicitarnos el pago del cuidado médico, empiece por leer el Capítulo 7 de esta guía: **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos.** El Capítulo 7 describe las situaciones en que es posible que tenga que pedir un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación en que se nos pide el pago.

Pedir un reembolso es pedir una decisión de cobertura a nosotros

Si nos envía la documentación que pide el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información con respecto a las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este Capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos que el cuidado médico que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: **Tabla de Beneficios Médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)**). También comprobaremos que usted siguió todas las reglas de uso de su cobertura de cuidado médico (estas reglas están incluidas en el Capítulo 3 de esta guía: **Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**).

Aceptaremos o denegaremos su solicitud

- Si el cuidado médico que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. De otra manera, si todavía no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El hecho de que enviemos el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.)

- Si el cuidado médico **no** está cubierto, o si no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos los servicios e incluirá las razones detalladas del porqué. (El hecho de que declinemos su solicitud de pago es lo mismo que **denegar** su solicitud de una decisión de cobertura.)

¿Qué pasa si solicita un pago y nosotros nos negamos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de declinar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando declinamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 5.3. En esta Sección encontrará las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga presente lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos dar nuestra respuesta en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos pide que le reembolsemos el pago de un cuidado médico que usted ya ha recibido y ha pagado usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización de Revisión Independiente anula nuestra decisión de negar el pago, debemos enviar el pago que usted ha solicitado, bien sea a usted mismo o al proveedor, en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado, bien sea a usted mismo o al proveedor, en un plazo no mayor de 60 días calendario.

Sección 6 **Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación para los medicamentos con receta de la Parte D**



¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo, titulada **(Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones)**? Si no lo ha hecho, le invitamos a que la lea antes de empezar esta Sección.

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea el reembolso de un pago por alguno de estos medicamento

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la **Lista de Medicamentos cubiertos o Formulario** de nuestro plan. Para tener cobertura, debe usar el medicamento conforme a una indicación médicamente aceptada. La frase “indicación médicamente aceptada” significa que el uso de un medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o está respaldado por

ciertos libros de referencia. Consulte la información adicional sobre indicaciones médicamente aceptadas en la Sección 3 del Capítulo 5.)

- **En esta Sección únicamente se refiere a los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente usaremos “medicamento” en el resto de esta Sección, en vez de repetir “medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más información sobre lo que queremos decir por medicamentos de la Parte D, la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)**, las reglas y restricciones de cobertura, y la información de los costos, consulte el Capítulo 5 (**Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**) y el Capítulo 6 (**Costo de los medicamentos con receta de la Parte D**).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se indicó en la Sección 4 de este Capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales	La decisión de cobertura inicial con respecto a sus medicamentos de la Parte D es lo que se llama “ determinación de cobertura ”.
-------------------------	--

Los siguientes son ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede pedirnos que tomemos con respecto a sus medicamentos de la Parte D:

- Usted solicita una de las excepciones siguientes:
 - Pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)** del plan,
 - Pide que no apliquemos alguna restricción del plan a la cobertura de un medicamento (por ejemplo, los límites en la cantidad de medicamento que usted puede obtener),
 - Pide que paguemos un costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel más alto de costo compartido.
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto y si usted cumple todas las reglas de cobertura pertinentes. Por ejemplo, si su medicamento está en la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)** del plan, pero requerimos que usted obtenga nuestra aprobación a fin de que le cubramos el medicamento.
 - **Tenga presente lo siguiente:** Si la farmacia indica que no puede surtir su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito con instrucciones para comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura.
- Usted solicita que paguemos el costo de un medicamento recetado que ya compró. Esta sería una solicitud para que le proporcionemos una decisión de cobertura relacionada con un pago.

Si no está de acuerdo con alguna decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelarla.

A continuación indicamos cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la tabla siguiente como ayuda para determinar en qué Sección puede encontrar la información para su situación:

¿Cuál es su situación?

Situación:	Qué puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o quiere que no apliquemos una regla o restricción impuesta a un medicamento que cubrimos?	Solicite una excepción. (Esta es una decisión relacionada con la cobertura). Consulte la Sección 6.2 de este Capítulo.
¿Quiere que cubramos un medicamento incluido en nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple todas las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, aprobación previa) impuestas al medicamento que necesita?	Solicite una decisión de cobertura. Consulte la Sección 6.4 de este Capítulo.
¿Quiere pedirnos el reembolso del pago de un medicamento que usted ya compró y recibió?	Solicite que le reembolsemos la cantidad del pago. (Esta es una decisión relacionada con la cobertura). Consulte la Sección 6.4 de este Capítulo.
¿Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la forma en que usted espera?	Presente una apelación. (Esto significa que usted pide que reconsideremos la decisión tomada.) Consulte la Sección 6.5 de este Capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma como a usted le gustaría que lo fuera, puede pedir al plan que haga una “excepción”. Una excepción es una decisión relacionada con la cobertura. De la misma manera que otras decisiones relacionadas con la cobertura, si denegamos su solicitud para una excepción, usted puede apelarla.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las cuales usted necesita que se apruebe la excepción. Con base en esto, consideraremos su solicitud. Los siguientes son tres ejemplos de excepciones que usted mismo, su médico u otro profesional que receta, pueden solicitar:

1. Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos).

Términos Legales	Solicitar la cobertura de un medicamento no incluido en la Lista de Medicamentos es lo que se llama “ excepción del Formulario ”.
-------------------------	--

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted tendrá que pagar el costo compartido que corresponde a los

medicamentos en el Nivel Cuatro. No será posible que pida una excepción de la cantidad del copago o coseguro requerida como pago por el medicamento.

2. Que eliminemos una restricción en la cobertura de un medicamento cubierto. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)**. Consulte la Sección 4 del Capítulo 5 para obtener más información).

Términos Legales	Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es lo que se llama “excepción del Formulario” .
-------------------------	--

- Entre las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos se incluyen:
 - **Obtener la aprobación del plan por adelantado** a fin de que aceptemos cubrir el medicamento. (Este paso a veces se llama “autorización previa”).
 - **Tener que probar primeramente un medicamento diferente** a fin de que aceptemos cubrir el medicamento que usted pide. A este procedimiento a veces se llama “terapia escalonada”
 - **Límites de cantidad.** En el caso de algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción en su caso, puede pedir que se haga una excepción a la cantidad del copago o coseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.

3. Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un Nivel de costo compartido más bajo. Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de los 5 Niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el número del Nivel de costo compartido, menor será la parte que le corresponde pagar del costo del medicamento.

Términos Legales	Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferente cubierto es lo que se llama pedir una “excepción de Nivel” .
-------------------------	--

- Usted no puede solicitar que cambiemos el Nivel de costo compartido de ninguno de los medicamentos incluidos en el Nivel 5 que es el Nivel correspondiente a medicamentos de especialidad.

Sección 6.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta debe entregar una declaración en la que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Si desea que tomemos una decisión con más rapidez, incluya esta información cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular, esto es lo que se conoce como medicamentos alternativos. Por lo general, no aprobaremos su solicitud de excepción si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud. Si

desea pedirnos una excepción de nivel, por lo general, **no aprobaremos** su solicitud de excepción a menos que el medicamento alternativo en el nivel más bajo funciona para usted.

Nosotros podemos aprobar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, la aprobación normalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre y cuando su médico continúe recetando el medicamento y que este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de la decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 explica cómo presentar una apelación si denegamos su solicitud.

La siguiente Sección explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluidas las excepciones.

Sección 6.4 Instrucciones paso a paso para solicitar una decisión de cobertura o una excepción

1

Paso 1: Usted solicita al plan que tome una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “decisión de cobertura rápida”. Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Para presentar su solicitud llame o escriba a nuestro plan. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) puede encargarse de hacer esto. Si prefiere, consulte el proceso para decisiones de cobertura en nuestro sitio web. Consulte los detalles en la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección titulada **Cómo comunicarse con el plan para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D**. Por otro lado, si lo que desea es que le reembolsemos el pago de un medicamento, consulte la Sección **A dónde debe enviar una solicitud para pedir que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha recibido**.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe a nombre suyo** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este Capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a otra persona para que actúe como su representante. O si prefiere, puede contratar a un abogado para que actúe a nombre suyo.
- **Si desea pedirnos el reembolso del pago de un medicamento**, empiece por leer el Capítulo 7 de esta guía: **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos**. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales es posible que necesite solicitar un reembolso. También explica qué documentación debe enviarnos junto con su solicitud para que le reembolsemos el pago correspondiente a nuestra parte del costo de un medicamento que usted haya comprado.

- **Si solicita una excepción, adjunte la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional que receta debe proporcionar las razones médicas de la excepción de medicamento que está solicitando. A este documento se le llama “declaración de respaldo”. Su médico, u otro profesional que receta, puede enviar la declaración por correo a nosotros. O bien, su médico u otro profesional que receta, puede explicarnos las razones por teléfono y luego enviar por correo la declaración escrita, si fuera necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Tenemos la obligación de aceptar toda solicitud presentada por escrito,** incluidas aquellas presentadas en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o en el formulario del plan, disponibles en nuestro sitio web.

Si su estado de salud lo requiere, solicite al plan una “decisión de cobertura rápida”

Términos Legales	Una “decisión de cobertura rápida” también se llama “ determinación de cobertura de tramitación rápida ”.
------------------	--

- Para tomar una decisión, aplicaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Por decisión de cobertura rápida se entiende que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si solicita **un medicamento que aún no ha recibido**. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos un pago de un medicamento que usted ya compró.
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si la aplicación de las fechas límite estándar **podría causar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar**.
- **Si su médico u otro profesional que receta indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente darle una decisión.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición de salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de confirmación de esto (y utilizaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta indicará que si su médico u otro profesional que receta solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión.
 - La carta también indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Explicará cómo presentar una queja de tramitación rápida, lo que significa que obtendrá una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de haber recibido su queja. (El

proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este Capítulo.)

2

Paso 2: El plan considerará su solicitud y le dará respuesta.

Fechas límite para tomar una decisión de cobertura rápida

- Si usamos las fechas límite rápidas, deberá recibir nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo no mayor de 24 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración del médico que respalda su solicitud. Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud amerita que así lo hagamos.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante, en esta misma Sección, hablaremos de esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos proveer la cobertura de cuidado médico que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que la respalda.
- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta con las razones de nuestra negativa e instrucciones para presentar una apelación.**

Fechas límite para decisiones de cobertura estándar con respecto a un medicamento que todavía no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo no mayor de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración del médico que respalda su solicitud. Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud amerita que así lo hagamos.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante, en esta misma Sección, hablaremos de esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud:**

◦ Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos aceptado proveer **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que la respalda.

• **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta con las razones de nuestra negativa e instrucciones para presentar una apelación.**

Fechas límite para tomar una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya compró

• Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.

◦ Si no cumplimos esta fecha límite, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante, en esta misma Sección, hablaremos de esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.

• **Si aceptamos de manera total o parcial lo que solicitó**, también se nos exige que realicemos el pago en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.

• **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta con las razones de nuestra negativa e instrucciones para presentar una apelación.**

3

Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

• Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que reconsideremos –y que posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos.

Sección 6.5

Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos Legales

Una apelación presentada al plan para una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D es lo que se llama **“redeterminación”** de parte del plan.

1

Paso 1: Usted se comunica con el plan y presenta una Apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe presentar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- Para empezar el proceso de apelación, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe comunicarse con el plan.
 - La información para comunicarse con nosotros por teléfono, por fax, por correo o en nuestro sitio web, para cualquier asunto relacionado con su apelación, se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1, **Cómo comunicarse con el plan, si desea presentar una apelación o una queja con respecto a sus medicamentos con receta de la Parte D.**
- Si solicita una apelación estándar, haga su solicitud por escrito.
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o llame al número de teléfono que se indica en el Capítulo 2, Sección 1,** Cómo comunicarse con el plan si desea presentar una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D.
- **Tenemos la obligación de aceptar cualquier solicitud presentada por escrito,** incluidas aquellas presentadas en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, disponible en nuestro sitio web.
- Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario, a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos como respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se pasa de esta fecha límite y tiene una buena razón para que esto haya ocurrido, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Un ejemplo de una buena razón para se le haya pasado la fecha límite es si usted sufrió una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar la solicitud de apelación.
- Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.
 - Usted tiene derecho a pedir una copia de la información referente a su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden aportar información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos Legales	Una “apelación rápida” también se llama “ redeterminación de tramitación rápida ”.
------------------	---

- Si apela la decisión del plan sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta tendrán que decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y se indican en la Sección 6.4 de este Capítulo.

2

Paso 2: El plan considerará su apelación y le daremos respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su solicitud de apelación, revisamos meticulosamente una vez más toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Esta revisión tiene como fin determinar si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para presentar una apelación rápida

- Si usamos fechas límite rápidas, debemos darle respuesta en **un plazo no mayor de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación**. Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud lo amerita.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante, en esta misma Sección, hablaremos sobre esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud, debemos proveer la cobertura que hemos aceptado proveer en un plazo no mayor de 72 horas después de haber recibido su apelación.**
- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta con las razones de nuestra negativa y los pasos para apelar nuestra decisión.**

Fechas límite para presentar una apelación estándar

- Si usamos las fechas límite estándar, deberá recibir nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y su estado de salud requiere que lo hagamos. Si usted cree que su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.
 - Si no le damos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta misma Sección, hablaremos sobre esta Organización de Revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos aceptado proveer tan rápido como lo requiera su estado de salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud para reembolsar el pago de un medicamento que ya compró, se nos exige que **le enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta con las razones de nuestra negativa e instrucciones para presentar una apelación.**

3

Paso 3: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si desea continuar y presentar otra.
- Si decide presentar otra apelación, entonces su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (lea a continuación).

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

Si denegamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si desea continuar y presentar otra. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisará la decisión tomada por nosotros de su primera apelación. Esta Organización decide si la decisión que tomamos debería cambiar.

Términos Legales	El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se le identifica con la sigla inglesa "IRE."
-------------------------	--

1

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, o su representante o su médico u otro profesional que receta, debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar la revisión de su caso

- Si denegamos su apelación de Nivel 1, la carta que reciba de nosotros incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quiénes pueden presentar una apelación de Nivel 2, qué fechas límite se deben acatar y cómo comunicarse con la Organización de Revisión.
- Cuando usted presenta una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. La información que enviamos es su "expediente". **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- También tiene derecho a entregar información adicional para respaldar su apelación a la Organización de Revisión Independiente.

2

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente evalúa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare que no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental.** La Organización es una compañía elegida por Medicare para revisar las decisiones sobre beneficios de la Parte D de nuestro plan.
- Los evaluadores de la Organización de Revisión Independiente revisarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación y le hará saber su decisión por escrito con una explicación de las razones para ello.

Fechas límite para una apelación rápida de Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión acepta tramitar la apelación rápida, recibirá una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas**, a partir de la fecha de recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta de manera total o parcial su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamento aprobada por la organización de revisión en un **plazo no mayor de 24 horas**, a partir de la fecha en que recibamos la decisión que la Organización haya tomado.

Fechas límite de una apelación estándar de Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario**, a partir de la fecha en que haya recibido su apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la Organización **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que en que recibamos la decisión tomada.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud para que se le reembolse el pago de un medicamento que ya compró, se nos exige que le **enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario**, a partir de la fecha en que recibamos la decisión tomada.

¿Qué pasa si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación?

Si la Organización deniega su apelación, esto significa que está de acuerdo con la decisión que el plan tomó de no aprobar su solicitud. Esto es lo que se llama “corroboración de la decisión” o “declinación de apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente ratifica la decisión, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita debe tener un valor mínimo a fin de poder presentar la apelación en el Nivel 3. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos solicitada es demasiado bajo, no podrá presentar la apelación de Nivel 3 y la decisión del Nivel 2 será la final. El aviso que reciba de la Organización de

Revisión Independiente indicará por escrito el valor monetario disputado para poder continuar con el proceso de apelación.

3

Paso 3: Si el valor monetario de la cobertura que solicita cumple los requisitos, usted elige si desea presentar su apelación en el siguiente Nivel.

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco Niveles de apelación.
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con este proceso, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles para hacerlo se encuentran en el aviso escrito que reciba con la decisión de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez de Derecho Administrativo. La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7 Cómo solicitar cobertura para estadías más prolongadas en un hospital, como paciente hospitalizado, si piensa que el médico le da de alta prematuramente

Si se le interna en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar la lesión o la enfermedad. Para obtener más información sobre la cobertura de cuidado hospitalario, incluidas las limitaciones a la cobertura, consulte el Capítulo 4 de esta guía, **Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**.

Durante una estadía en el hospital con cobertura, el médico a cargo y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que se le dé de alta. También le ayudarán a hacer los arreglos necesarios para obtener el cuidado médico que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- **La fecha de alta** equivale al día en que se le da de alta del hospital.
- Una vez que se fije la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo hará saber.
- Aunque, si piensa que se le da de alta del hospital muy pronto, usted puede solicitar una estadía más prolongada y el plan procesará su solicitud. Esta Sección explica cómo presentar su solicitud.

Sección 7.1 En caso de una hospitalización, recibirá un aviso por escrito de parte de Medicare con información sobre sus derechos

Durante una estadía cubierta en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado **Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**. Todos los afiliados a Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son hospitalizados. Un empleado del hospital, por ejemplo el trabajador social o la enfermera, debe entregárselo en un plazo no mayor de dos días después de que lo admitan. Si no recibe el aviso, pídale a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Este aviso indica sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de una estadía en el hospital, según las recomendaciones del médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará su costo y dónde los puede obtener.
- Su derecho a tomar parte en las decisiones sobre su estadía en el hospital y a saber quién cubrirá los costos asociados.
- Dónde reportar toda duda o problema que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
- Su derecho a apelar la decisión de darle de alta si piensa que el hospital lo está haciendo demasiado pronto.

Términos Legales	El aviso por escrito de Medicare indica cómo “solicitar una revisión inmediata.” Esta petición es el método formal y legal para solicitar que se aplase su fecha de alta. De esta manera, cubriremos su cuidado hospitalario por un tiempo más prolongado. (La Sección 7.2 a continuación, explica cómo solicitar una revisión inmediata.)
-------------------------	---

2. Usted debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que ha entendido la información de sus derechos.

- Usted o alguien que actúe a nombre suyo debe firmar el aviso. (La Sección 4 de este Capítulo explica cómo autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
- El hecho de firmar este aviso **solamente** demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha en que se le dará de alta (su médico o el personal del hospital le harán saber esta fecha). El hecho de firmar de recibido el aviso **no significa** que usted acepta la fecha programada para su alta del hospital.

3. Guarde una copia del aviso firmado así tendrá a la mano la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo reportar una duda o problema sobre la calidad de su cuidado médico) si fuera necesario.

- Si firma el aviso con más de 2 días de anticipación al día en que saldrá del hospital, recibirá otra copia antes de su fecha de alta programada.
- Si desea una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia en el internet, en el sitio <https://>

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que el plan cubra los servicios para pacientes hospitalizados por un tiempo más prolongado, debe utilizar el proceso de apelación para hacer su solicitud. Antes de empezar, esto es lo que necesita hacer y las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Más abajo se explica cada uno de los pasos de los dos primeros Niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas límite que corresponden al trámite.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o si necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía). O si prefiere, llame al Programa Estatal de Ayuda con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este Capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta organización verifica si la fecha de alta es médicamente apropiada en su caso.

1

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Pero debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben el pago por sus servicios del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. La Organización es financiada por Medicare para verificar y mejorar la calidad del cuidado de la salud de los afiliados a Medicare. La revisión incluye las fechas en que se les da de alta del hospital a los afiliados a Medicare.

Cómo comunicarse con esta Organización

- El aviso escrito que recibió (**Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**) indica cómo comunicarse con esta organización. (De otra manera, puede encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía.)

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de salir del hospital, **no podrá hacerlo después de la fecha de alta programada.** (La "fecha de alta programada" es la fecha que se fijó para que usted salga del hospital.)

- Si cumple con este plazo permitido, podrá seguir hospitalizado **después** de la fecha de alta **sin que tenga que hacer un pago** mientras espera la decisión de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si no cumple con esta fecha límite, y decide seguir hospitalizado después de la fecha de alta programada, **usted pagará todos los costos** del cuidado hospitalario que reciba después de esta fecha.
- Si se pasa de la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información acerca de este método alternativo para presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una revisión rápida:

- Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que en la apelación usted pide a la organización que se usen las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos Legales	Una “revisión rápida” también se llama “revisión inmediata” o “revisión de tramitación rápida.”
-------------------------	--

2

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por razones de brevedad, nosotros los llamamos “revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) la razón por la cual piensa que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico, y revisarán la información que el hospital y nosotros le hemos entregado.
- A más tardar el mediodía del día después en que los revisores informen a nuestro plan que recibieron su apelación, usted también obtendrá un aviso por escrito con la fecha de alta programada y con una explicación de las razones por las cuales tanto su médico, como el hospital y nosotros pensamos que es correcto (o médicamente apropiado) que se le dé de alta en la fecha indicada.

Términos Legales	El “ Aviso Detallado del Alta ” es como se llama la explicación por escrito respecto a su alta. Puede obtener una muestra de este aviso si llama a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O bien, puede ver un aviso de muestra en internet, en el sitio https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html
-------------------------	--

3

Paso 3: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará respuesta a su apelación en un plazo no mayor de un día entero, después de que obtenga toda la información necesaria.

¿Qué pasa si su apelación es aceptada?

- Si la Organización de Revisión **acepta** su apelación, **nosotros debemos seguir prestando los servicios de cuidado para pacientes hospitalizados cubiertos durante todo el tiempo que dichos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (es decir, los deducibles o copagos, si correspondieran). Además, es posible que los servicios hospitalarios cubiertos tengan un límite. (Consulte el Capítulo 4 de esta guía.)

¿Qué pasa si su apelación es denegada?

- Si la Organización deniega su apelación, significa que la fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **la cobertura de sus servicios de cuidado para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día después** de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda a su apelación.
- Si la Organización **deniega** su apelación y usted decide seguir hospitalizado, entonces **usted pagará el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió a su apelación.

4

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha denegado su apelación y usted sigue hospitalizado después de la fecha de alta programada, entonces puede presentar otra apelación. Esto significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha denegado su apelación y usted sigue hospitalizado después de la fecha de alta programada, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante este proceso, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización deniega su apelación de Nivel 2, usted pagará el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha de alta programada.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

1 Paso 1: Usted debe ponerse en contacto nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización denegó su apelación de Nivel 1. Solicite esta revisión solamente si siguió hospitalizado después de la fecha en que terminó la cobertura de cuidado médico.

2 Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizarán otra revisión minuciosa de toda la información relacionada con su apelación.

3 Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de que hayan recibido su solicitud para otra revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán su apelación y le harán saber el resultado.

Si la Organización de Revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos continuar dando cobertura al cuidado que reciba como paciente hospitalizado, siempre y cuando sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponden y es posible que se apliquen ciertos límites a la cobertura.

Si la Organización de Revisión deniega su apelación:

- Quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomaron de su apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán. A esto se le llama “ratificación de la decisión”.
- El aviso que reciba indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Tendrá los detalles sobre cómo pasar al siguiente Nivel de apelación, el cual es gestionado por un juez.

4

Paso 4: Si su apelación fue denegada, usted tiene que decidir si desea continuar con la apelación y llevarla al Nivel 3.

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco Niveles de apelación. Si la Organización declina su apelación de Nivel 2, puede decidir si acepta esta decisión o si desea pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez.
- La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se pasa de la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?

Presente la apelación directamente a nosotros

Tal como se explicó anteriormente, en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar la primera apelación de su alta del hospital. (Por “rápidamente” nos referimos a antes de que salga del hospital y, a más tardar, en la fecha de alta programada.) Si se pasa de la fecha límite para comunicarse con esta Organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma para presentar su apelación, **los primeros dos Niveles de apelación son diferentes.**

Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos Legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama **“apelación de tramitación rápida”**.

1 Paso 1: Póngase en contacto con nuestro plan y solicite una “revisión rápida.”

- Consulte los detalles para comunicarse con el plan en la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección titulada,
- Cómo comunicarse con el plan para presentar una apelación sobre su cuidado médico
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida.”** Esto significa que solicita que le demos una respuesta usando las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

2 Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la fecha de alta programada para determinar si la fecha es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, nosotros examinamos toda la información referente a su estadía en el hospital. Nuestra revisión tiene como objeto decidir si la fecha de alta programada es médicamente apropiada. Nuestra revisión busca determinar si la decisión respecto a cuándo debería salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.
- En este caso, utilizaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta correspondiente a esta revisión.

3 Paso 3: Nosotros tomaremos una decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que haya solicitado una “revisión rápida” o “apelación rápida”.

- **Si nosotros aceptamos la apelación rápida,** quiere decir que estamos de acuerdo con usted en cuanto a que debe seguir hospitalizado después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionando los servicios cubiertos de cuidado para pacientes hospitalizados, siempre y cuando, sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsar el pago de nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría. Debe pagar la parte de los costos que le corresponden y es posible que la cobertura tenga ciertos límites.
- **Si nosotros denegamos la apelación rápida,** con esto indica que la fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios de cuidado para pacientes hospitalizados terminará en el día que le dimos aviso para indicarle que la cobertura terminaría.
 - Si siguió hospitalizado **después** de la fecha de alta programada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de esta fecha.

4

Paso 4: Si nosotros denegamos la apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que nuestra denegación de su apelación rápida cumplió todas las reglas establecidas, **nosotros tenemos la obligación de enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Cuando esto ocurre, significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

Instrucciones paso a paso: Proceso alternativo para una apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, una Organización de Revisión **Independiente** revisará la decisión tomada por nuestro plan cuando denegamos la apelación rápida. Esta Organización decide si la decisión que tomamos debería ser cambiada.

Términos Legales

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le identifica con la sigla inglesa “IRE”.

1

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Se nos exige que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente, en un plazo no mayor de 24 horas, después del momento en que le informamos a usted que hemos denegado su primera apelación. (Si piensa que no cumplimos con esta u otras fechas límite, presente una queja. El proceso de presentación de quejas es distinto al proceso de apelación. La Sección 10 de este Capítulo indica cómo presentar una queja.)

2

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de la apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare que no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental.** La Organización es una compañía elegida por Medicare para llevar a cabo las tareas de la Organización de Revisión Independiente y Medicare supervisa sus labores.

- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente harán una revisión minuciosa de toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- **Si la Organización acepta su apelación**, entonces nosotros debemos reembolsarle, es decir, devolverle el pago de la parte de los costos del cuidado hospitalario que haya recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan con los servicios de cuidado para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que estos sean médicamente necesarios. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Si la cobertura tiene límites, estos podrían limitar la cantidad del reembolso o el tiempo que podríamos continuar cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización deniega su apelación**, quiere decir que está de acuerdo con nosotros en cuanto a que la fecha de su alta programada del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Tendrá los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, la cual es gestionada por un juez.

3

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, usted elige si desea pasar la apelación al siguiente Nivel.

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco Niveles de apelación. Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 8.1 Esta Sección explica solamente tres servicios: Servicios de cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios

Esta Sección explica **solamente** lo siguientes:

- **Los servicios de cuidado de la salud a domicilio** que recibe.
- **El cuidado de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para saber los requisitos que definen a un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12, **Definiciones de palabras importantes.**)

- **El cuidado de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento debido a una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación considerable. (Para obtener más información acerca de este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, **Definiciones de palabras importantes.**)

Cuando usted recibe estos cuidados, tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluida su parte del costo y los límites a la cobertura que pudieran corresponder, consulte el Capítulo 4 de esta guía: **Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto qué paga usted).**

Si nosotros decidimos que es el momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de cuidado que recibe, se nos exige que le demos aviso con anticipación. Cuando la cobertura de este cuidado termine, **nosotros dejaremos de pagar la parte que le corresponde del costo de su cuidado.**

Si piensa que vamos a terminar prematuramente la cobertura de su cuidado, puede apelar nuestra decisión. Esta Sección indica cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le daremos aviso con anticipación la fecha en que terminará su cobertura

1. Usted recibirá un aviso por escrito. Recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que nosotros terminemos la cobertura de sus cuidados:

- El aviso por escrito le indicará la fecha en que terminaremos la cobertura de sus cuidados.
- El aviso por escrito también le indicará que puede hacer si desea pedirnos que cambiemos la decisión en cuanto a la fecha en que terminará su cuidado, y que mantengamos la cobertura de dicho cuidado durante un tiempo más largo.

Términos Legales	El aviso escrito tiene instrucciones para solicitar una “apelación rápida.” Una apelación rápida es un modo formal y legal de pedir que cambiemos nuestra decisión con respecto a la terminación de la cobertura de su cuidado. (La Sección 8.3 a continuación, explica cómo puede presentar una apelación rápida.) Este aviso se llama “Aviso de exclusión de cobertura de Medicare” . Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o llame al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O bien, obtenga una copia a través de internet, en el sitio https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html
-------------------------	---

2. Firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe a nombre suyo debe firmar el aviso. (La Sección 4 indica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
- El hecho de firmar este aviso demuestra **solamente** que usted ha recibido la información sobre la fecha en que terminará su cobertura. **El hecho de firmarlo no significa que está de acuerdo** con el plan en que ha llegado el momento de terminar el cuidado.

Sección 8.3 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su cuidado por un tiempo más largo

Si desea pedir que cubramos su cuidado por un período de tiempo más largo, necesitará usar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, esto es lo que necesita hacer y las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Más abajo se explica cada uno de los pasos de los dos primeros Niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límites.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que corresponden a las cosas que debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si piensa que no estamos cumpliendo con las fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este Capítulo le indica cómo presentar una queja.)
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o si necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía). De otra manera, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este Capítulo).

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

1

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Pero debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben el pago por sus servicios del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestra compañía. Este grupo de expertos revisa la calidad del cuidado que reciben los miembros que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre la fecha en que se terminará la cobertura de ciertos cuidados médicos.

Cómo comunicarse con esta Organización

- El aviso escrito que recibió indicará cómo comunicarse con esta Organización. (De otra manera, puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía.)

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una "apelación rápida" (para que se haga una revisión independiente) a fin de determinar si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

La fecha límite para comunicarse con esta Organización.

- Para empezar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **a más tardar el mediodía del día después de que reciba el aviso escrito que indica la fecha en que terminaremos la cobertura de su cuidado.**
- Si se pasa de la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente a nosotros. Para obtener más información acerca de este método alternativo para presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

2

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad llevará a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por razones de brevedad, nosotros los llamamos "revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) la razón por la cual piensa que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- La Organización de Revisión también examinará su información de salud, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha entregado a la Organización.
- Al final del día, los revisores nos informan el resultado de su apelación. Usted recibirá un aviso escrito donde se detallan las razones para terminar la cobertura de nuestros servicios.

Términos Legales	Esta explicación escrita se llama " Explicación detallada de Exclusión de Cobertura. "
-------------------------	---

3

Paso 3: En un plazo no mayor de un día entero después de tener toda la información que necesitan, los revisores le harán saber su decisión.

¿Qué pasa si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces **nosotros debemos seguir prestando los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (es decir, los deducibles o copagos, si correspondieran). Además, es posible que existan límites para sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de esta guía).

¿Qué pasa si los revisores deniegan su apelación?

- Si los revisores **deniegan** su apelación, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos**. En la fecha indicada en el aviso, nosotros dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de este cuidado.
- Si decide seguir recibiendo servicios de cuidado de la salud a domicilio, o cuidado en un centro de enfermería especializada o en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios **después** de la fecha de terminación de su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

4

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta es el Nivel 1 del proceso de apelación. Si los revisores **deniegan** su apelación de Nivel 1, y usted opta por seguir recibiendo cuidado después de que su cobertura del cuidado ha terminado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 8.4 Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por un tiempo más largo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha denegado su apelación y usted opta por seguir recibiendo cuidado después de que su cobertura del cuidado haya terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. En una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que, **después** de la fecha en que indicamos que terminaba su cobertura, tenga que pagar la totalidad del costo de los servicios de cuidado de la salud a domicilio, de los servicios de cuidado en un centro de enfermería especializada o de los servicios de un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

1 **Paso 1: Usted debe ponerse en contacto nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.**

- Usted debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura de cuidado médico.

2 **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizarán otra revisión minuciosa de toda la información relacionada con su apelación.

3 **Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días después de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán su apelación y le harán saber el resultado.**

¿Qué pasa si la organización de revisión acepta su apelación?

- Nosotros debemos reembolsarle el pago de nuestra parte del costo del cuidado que ha recibido desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría. Nosotros debemos continuar la cobertura del cuidado siempre y cuando este sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que la cobertura tenga ciertos límites.

¿Qué pasa si la organización de revisión deniega su apelación?

- Esto quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- El aviso que reciba indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Tendrá los detalles para pasar al siguiente Nivel de apelación, el cual es gestionado por un juez.

4 **Paso 4: Si su apelación es denegada, deberá decidir si desea pasar su apelación al siguiente Nivel.**

- Existen tres Niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, para un total de cinco Niveles de apelación. Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar dicha decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
- La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se pasa la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación directamente a nosotros.

Tal como se explicó anteriormente, en la Sección 8.3, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar la primera apelación (en un plazo de uno o dos días como máximo). Si se pasa de la fecha límite para comunicarse con esta Organización, existe otra forma de presentar la apelación. Si usa esta otra forma para presentar la apelación, **los primeros dos Niveles de apelación son diferentes.**

Instrucciones paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos Legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “apelación de tramitación rápida” .
-------------------------	--

1

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

- Consulte los detalles para comunicarse con el plan en la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección titulada, **Cómo comunicarse con el plan para presentar una apelación sobre su cuidado médico**
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida.”** Esto significa que pide que le demos una respuesta usando las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar.

2 Paso 2: **Nosotros hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre la fecha en que terminaremos la cobertura de sus servicios.**

- En esta revisión, volvemos a examinar toda la información referente a su caso. Hacemos una revisión para determinar si seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha de terminación de los servicios que recibía conforme a la cobertura del plan.
- En esta revisión utilizaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límites estándar para darle la respuesta.

3 Paso 3: **Le damos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida” o “apelación rápida”.**

- **Si nosotros aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por un tiempo más largo, y que seguiremos prestando los servicios cubiertos siempre que estos sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsar el pago de nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debe pagar su parte de los costos y es posible que la cobertura tenga ciertos límites
- **Si denegamos la apelación rápida**, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de dicha fecha.
- Si decide seguir recibiendo servicios de cuidado de la salud a domicilio, servicios de cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación completa de pacientes ambulatorios **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

4 Paso 4: **Si nosotros denegamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.**

- Para asegurarnos de que nuestra denegación de su apelación rápida cumplió con todas las reglas establecidas, **nosotros tenemos la obligación de enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelación.

Instrucciones paso a paso: Proceso alternativo para una apelación de Nivel 2

Si nosotros denegamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado **automáticamente** al siguiente Nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de**

Revisión Independiente revisa la decisión tomada por nosotros cuando denegamos su “apelación rápida.” Esta Organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos Legales	El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se le identifica con la sigla inglesa “IRE”.
-------------------------	--

1 Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Se nos exige que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo no mayor de 24 horas después del momento en que le informamos a usted que hemos denegado su primera apelación. (Si piensa que no cumplimos con esta u otras fechas límite, presente una queja. El proceso de presentación de quejas es distinto al proceso de apelación. La Sección 10 de este Capítulo le indica cómo presentar una queja.)

2 Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare que no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental.** La Organización es una compañía elegida por Medicare para llevar a cabo las tareas de la Organización de Revisión Independiente y Medicare supervisa sus servicios.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente harán una revisión minuciosa de toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la Organización acepta su apelación,** entonces nosotros debemos reembolsarle, es decir, devolverle el pago de la parte de los costos del cuidado médico que haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. También debemos continuar la cobertura del plan con los servicios de cuidado médico durante todo el tiempo que estos sean médicamente necesarios. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Si la cobertura tiene límites, estos podrían limitar la cantidad del reembolso o el tiempo que podríamos continuar cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización deniega su apelación, significa que está de acuerdo con la decisión de que tomamos sobre su apelación y que no la cambiarán.**
 - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Tendrá los detalles para pasar a una apelación de Nivel 3.

3

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, usted elige si desea pasar su apelación al siguiente Nivel.

- Existen tres Niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, para un total de cinco Niveles de apelación. Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar dicha decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
- La Sección 9 de este Capítulo tiene más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros Niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por servicios médicos

Esta Sección le corresponde a usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor monetario de un artículo o servicio médico por el que usted ha presentado una apelación cumple con ciertos Niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a Niveles de apelación superiores. Si el valor monetario no cumple el Nivel mínimo necesario, no podrá continuar con la apelación. Si el valor monetario es suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que incluyen apelaciones, los últimos tres Niveles de apelación funcionan prácticamente del mismo modo. Las personas o entidades son las encargadas de gestionar la revisión de su apelación en cada uno de estos Niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal evalúa las apelaciones y da su fallo. Este juez es un “Juez de Derecho Administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si el Juez de Derecho Administrativo deniega su apelación, el proceso de apelación podría, o no, terminar allí.** Nosotros decidiremos si vamos a apelar esta decisión pasándola así al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, con la Organización de Revisión Independiente, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proveer el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos que sean necesarios. Es probable que esperemos hasta que se tome la decisión de esta solicitud para autorizar o proveer el servicio en disputa.

• **Si el Juez de Derecho Administrativo deniega su apelación, el proceso de apelación podría, o no, terminar allí.**

- Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo deniega su apelación, el aviso que reciba indicará qué debe hacer si desea continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4:	El Consejo de Apelaciones revisará la apelación y le dará respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno Federal.
------------------------------	---

• **Si la apelación es aceptada, o si el Consejo de Apelaciones deniega nuestra solicitud para revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelación podría o no terminar allí.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión pasándola así al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.

- Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proveer el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.

• **Si la apelación es denegada o si el Consejo de Apelaciones deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**

- Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si usted no quiere aceptar la decisión, podría continuar al siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten proceder a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten proceder al siguiente Nivel, el aviso escrito indicará con quién debe comunicarse y qué hacer si opta por continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5:	Un juez del Tribunal de distrito a Nivel federal revisará su apelación.
------------------------------	--

- Este es el último paso del proceso de apelación administrativa.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D

Esta Sección le corresponde a usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento de la apelación cumple con la cantidad o el valor mínimo en dólares requerido, podrá pasar a Niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es menor que el Nivel mínimo, no podrá continuar a los Niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que reciba de la apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que incluyen apelaciones, los últimos tres Niveles de apelación funcionan prácticamente del mismo modo. Las personas o entidades son las encargadas de gestionar la revisión de su apelación en cada uno de estos Niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le llama “Juez de Derecho Administrativo”.
-----------------------------	--

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina allí.** Lo que usted solicitó en la apelación fue aprobado. Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Juez de Derecho Administrativo **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones de tramitación rápida) o efectuar el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
 - Si usted acepta la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará qué hacer si desea continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones revisará su apelación y le dará respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno Federal.
-----------------------------	---

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina allí.** Lo que usted solicitó en la apelación fue aprobado. Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo de Apelaciones **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones de tramitación rápida) o efectuar el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
 - Si decide usted aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si usted no acepta la decisión, podría continuar al siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba indicará si el reglamento le permite proceder a una Apelación de Nivel 5. Si está permitido que proceda al siguiente Nivel, el aviso escrito indicará con quién debe comunicarse y qué hacer si opta por continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal de distrito a Nivel federal revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Este es el último paso del proceso de apelación.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Sección 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas**



Puede **omitir** la lectura de esta Sección si su problema tiene que ver con las decisiones sobre beneficios, cobertura o pagos. Si este es el caso, siga el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones descrito en la Sección 4 de este Capítulo.

Sección 10.1 **Problemas que se abordan en el proceso de quejas**

Esta Sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de presentación de quejas se usa **únicamente** para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Si tiene uno de estos problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Usted está disconforme con la calidad del cuidado que ha recibido (incluso el cuidado en el hospital).
Falta de respeto a la privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Usted cree que alguien no ha respetado el derecho a su privacidad de información compartida que usted piensa que debería ser confidencial.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente y otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted. • Usted está disconforme con la forma en que nuestro Servicio al Cliente le ha tratado. • Piensa que se le ha insinuado que se retire del plan.
Tiempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido problemas para hacer una cita últimamente o ha esperado demasiado tiempo para obtenerla. • Ha tenido que esperar demasiado para que lo atienda el médico, , farmacéutico, u otro profesional de cuidado de la salud, o bien, el Servicio

Queja	Ejemplo
	al Cliente u otro personal de nuestro plan le han hecho esperar demasiado ° Situación: usted espera por mucho tiempo al teléfono al surtirle una receta, o en el cuarto de examinación.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de la farmacia?
Información que recibe de parte del plan	<ul style="list-style-type: none"> • No le hemos proporcionado un aviso que es requerido por ley. • La información por escrito es difícil de entender.
Puntualidad (Este tipo de queja está relacionado con la puntualidad de nuestras acciones para procesar decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en detalle en las Secciones 4-9 de este Capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, debe usar este proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o si presentó una apelación y cree que no le dimos respuesta de manera suficientemente rápida, presente una queja por nuestra tardanza. Estos son algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Si solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y la denegamos, presente una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación, presente una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar el pago de ciertos servicios médicos o medicamentos, Si piensa que no cumplimos con las fechas límite, presente una queja presente una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos a más tardar en la fecha límite establecida, puede presentar una queja.

Sección 10.2 **En términos formales, “presentar una queja” se llama “presentar una queja formal”**

Términos Legales	<ul style="list-style-type: none"> • En esta Sección llamamos “queja” a una “queja formal”. • Otra frase que indica la acción de “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. • Otra forma de decir “cómo usar el proceso de quejas” es “cómo usar el proceso para presentar una queja formal”.
-------------------------	--

Sección 10.3 Instrucciones paso a paso: Quejas

1 Paso 1: Comuníquese de inmediato por teléfono o por escrito con el plan.

- **Normalmente, llamar al Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que debe hacer, el Servicio al Cliente se lo indicará. 1-800-650-6232, TTY: 711, del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- **Si no desea llamar al Servicio al Cliente (o si no quedó conforme con la llamada), presente una queja por escrito y envíela por correo al plan.** Si presenta su queja por escrito, le daremos respuesta por escrito.
- Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir del hecho o incidente que motivó su queja. Si existe una razón por la que no pudo presentar su queja (estuvo enfermo, no le dimos la información correcta, etc.), háganoslo saber y es posible que aceptemos su queja después de ese plazo de 60 días. Atenderemos su queja en cuanto sea posible pero, en todo caso, a más tardar 30 días después de recibirla. Algunas veces necesitamos más información o es posible que usted desee darnos información adicional. En ese caso, es posible que necesitemos 14 días adicionales para responder a su queja. Si efectivamente nos tomamos esos 14 días adicionales, recibirá una carta para informárselo.
- Si el motivo de su queja es que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su apelación o a su solicitud de determinación de cobertura, o si el motivo es que decidimos que usted no necesitaba una tramitación rápida de su apelación o de la determinación de cobertura, puede presentar una queja de tramitación rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. La dirección y los números de fax para presentar una queja se encuentra en el Capítulo 2, en la Sección titulada “Cómo comunicarse con nosotros cuando ha presentado una queja acerca de su cuidado médico o acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D” “Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una queja con respecto a sus medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Por teléfono o por escrito, comuníquese con Servicio al Cliente inmediatamente.** La queja debe presentarse en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir de la fecha en que sucedió el problema por el cual la presenta.
- **Si presenta una queja debido a que denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente la convertiremos a “queja de tramitación rápida”.** Si se trata de una queja de “tramitación rápida”, significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas.

Términos Legales	En esta Sección, las “ quejas de tramitación rápida ” también se llaman “ quejas formales de tramitación rápida ”.
-------------------------	--

2

Paso 2: Revisamos su queja y le daremos respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama para presentar una queja, posiblemente podamos darle una respuesta durante la llamada telefónica. Y si su condición de salud exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo no mayor de 30 días calendario.** Si nos llama para presentar una queja, posiblemente podamos darle una respuesta durante la llamada telefónica. Y si su condición de salud exige que respondamos rápidamente, así lo haremos. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de su queja, o si no asumimos la responsabilidad del problema por el cual se está quejando, se lo haremos saber. La respuesta incluirá las razones de nuestra decisión. Usted recibirá una respuesta nuestra, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 Presente quejas con respecto a la calidad del cuidado médico a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Usted puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado médico recibido a nosotros. Para ello siga el proceso descrito anteriormente paso a paso.

Si la queja es sobre la **calidad del cuidado médico**, tiene dos opciones adicionales:

- **Primera: presente su queja con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado médico que recibió directamente con esta Organización (**sin presentar** la queja a nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad está formada por un grupo de médicos que ejercen su profesión y por otros expertos en el cuidado de la salud que reciben un pago de parte del gobierno federal a fin de verificar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare.
 - Encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, en la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía. Si presenta una queja con esta organización, colaboraremos con esta agencia para resolver su queja.
- **Segunda: presente su queja a ambas partes al mismo tiempo.** Si lo desea, presente su queja con respecto a la calidad del cuidado médico con nosotros y también con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 Comparta su queja con Medicare

Usted puede presentar su queja sobre el plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) Para hacerlo, visite el sitio web <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma muy en serio las quejas que recibe y usa esta información para mejorar los servicios del programa.

Si tiene comentarios o dudas, o si considera que el plan no ha atendido su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo terminar su membresía en el plan

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en el plan

Sección 1	Introducción.....	2
	Sección 1.1 Este Capítulo explica cómo terminar su membresía en nuestro plan....	2
Sección 2	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan.....	2
	Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el período de inscripción anual.....	2
	Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el período anual para darse de baja de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas....	3
	Sección 2.3 En ciertos casos, puede terminar su membresía durante un período de inscripción especial.....	3
	Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo terminar su membresía?.....	5
Sección 3	Cómo puede terminar usted su membresía en nuestro plan.....	5
	Sección 3.1 Normalmente, usted termina su membresía si se inscribe en otro plan	5
Sección 4	Hasta que su membresía en el plan termine, seguirá recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	6
	Sección 4.1 Hasta que su membresía en el plan termine, usted seguirá siendo miembro de este plan.....	6
Sección 5	En ciertas situaciones debemos terminar su membresía en el plan.....	7
	Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?.....	7
	Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que termine su membresía en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	8
	Sección 5.3 Tiene el derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en el plan.....	8

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Este Capítulo explica cómo terminar su membresía en nuestro plan

Puede terminar su membresía en el plan de manera voluntaria, es decir, por decisión propia, o involuntaria, es decir, usted no es quien toma la decisión:

- Posiblemente deja nuestro plan porque usted decide que así lo desea.
 - En algunas ocasiones durante el año o en ciertas situaciones, solamente, es que puede terminar su membresía en el plan de manera voluntaria. La Sección 2 indica **la temporada** en que puede terminar su membresía en el plan.
 - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía. La Sección 3 indica **cómo** puede terminar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide terminar su membresía, pero tenemos la obligación de hacerlo. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos terminar su membresía.

Si termina su membresía en el plan, seguirá recibiendo su cuidado médico sus medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que este proceso sea completado.

Sección 2 Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan

Puede terminar su membresía en el plan únicamente durante ciertas temporadas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de terminar su membresía en el plan durante el período de inscripción anual y durante el período anual para darse de baja de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, es posible también que reúna los requisitos para termina su membresía durante otras temporadas del año.

Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el período de inscripción anual

Usted puede terminar su membresía durante el período de inscripción anual (llamado también “período anual de elección coordinada”). Este es el momento en que usted debería examinar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuál es la fecha del período de inscripción anual?** Del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el período de inscripción anual?** Usted puede elegir continuar con la misma cobertura que tiene ahora o hacer cambios para el próximo año. Si decide cambiar de plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes:
 - Un plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan con cobertura de medicamentos con receta o uno sin esta.)
 - Medicare Original **con** un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - - **o bien** – Medicare Original **sin** un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

- **Quienes reciben el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare le inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta, posiblemente que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.) Consulte la información adicional sobre la multa por inscripción tardía en la Sección 5 del Capítulo 1.

• **¿Cuándo terminará su membresía?** Normalmente, su membresía terminará cuando la cobertura del plan nuevo comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el período anual para darse de baja de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas

Usted tiene la oportunidad de realizar solo **un** cambio a su cobertura de salud durante el **período anual para darse de baja de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período anual para darse de baja de Medicare Advantage?** Todos los años del 1 de enero al 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período anual para darse de baja de Medicare Advantage?** Durante este período, puede terminar su inscripción en su Plan Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original durante este período, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado para agregar la cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si además opta por inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en dicho plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertos casos, puede terminar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertos casos, es posible que los miembros de nuestro plan reúnan los requisitos para terminar su membresía en otras temporadas del año. A esto se le conoce como **período de inscripción especial**.

- **¿Quién reúne los requisitos del período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones corresponde su caso, usted reúne los requisitos para terminar su membresía durante el período de inscripción especial. Los siguientes son solamente ejemplos. Para obtener la lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare o consulte el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>):
 - Normalmente, si se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si reúne los requisitos para obtener el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si incumplimos el contrato que celebramos con usted.
 - Si recibe cuidados en una institución, por ejemplo, un asilo de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo.
 - Si está inscrito en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). * Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos no está disponible en todos los estados. Si desea saber si su estado ofrece el programa, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si reúne los requisitos del período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes planes:
 - Un plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan con cobertura de medicamentos con receta o uno sin cobertura de medicamentos con receta.)
 - Medicare Original con un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - - **o bien** - Medicare Original **sin** un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - **Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, el programa Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

Nota: Si termina su membresía en un plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.) Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía en el plan?** Su membresía normalmente terminará el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o le gustaría obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía)
- Encontrará la información en el folleto **Medicare y Usted 2018**.
 - Todos los miembros del programa Medicare reciben una copia de **Medicare y Usted** en el otoño. Los miembros nuevos de Medicare reciben la copia un mes después de haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). O solicite una copia impresa llamando a Medicare al número siguiente.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3 Cómo puede terminar usted su membresía en nuestro plan

Sección 3.1 Normalmente, usted termina su membresía si se inscribe en otro plan

En general, para que su membresía en nuestro plan termine, basta con que se inscriba en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la información sobre los períodos de inscripción en la Sección 2 de este Capítulo). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original sin tener un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir primero que le den de baja de nuestro plan. Pida que le den de baja del plan de dos maneras:

- Haga una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía).
- O bien, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.) Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La tabla siguiente explica cómo debe proceder para terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse a:	Usted debe:
<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Será dado de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura del plan nuevo.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original con un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Será dado de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura del plan nuevo.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos su solicitud por escrito para darse de baja. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información para hacerlo (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le den de baja del plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de nuestro plan una vez que comience su cobertura de Medicare Original.

Sección 4 Hasta que su membresía en el plan termine, seguirá recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que su membresía en el plan termine, usted seguirá siendo miembro de este plan

Si se da de baja del plan, deberá transcurrir cierto tiempo para que termine su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la información sobre el comienzo de su

nueva cobertura en la Sección 2.) Durante este período, seguirá recibiendo su cuidado médico y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Para surtir sus recetas debe continuar usando las farmacias de nuestra red hasta que su membresía en nuestro plan haya terminado.** En general, sus medicamentos con receta solamente tienen cobertura si se surten en una farmacia de la red incluidas las farmacias de pedido por correo.
- **Si le hospitalizan el mismo día en que termina su membresía, la estadía normalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si recibe el alta después de que haya comenzado su nueva cobertura de salud).

Sección 5 En ciertas situaciones debemos terminar su membresía en el plan

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Debemos terminar su membresía en el plan en cualquiera de los casos siguientes:

- Usted ya no tiene la Parte A y Parte B.
- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por un tiempo prolongado, debe llamar al Servicio al Cliente para determinar si el lugar al que se va a mudar o el destino de su viaje se encuentran en el área de servicio del plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la portada posterior de esta guía.)
- Si lo encarcelan (es decir, si está en prisión).
- Si no es ciudadano norteamericano o no tiene el estatus de presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga con el cual recibe cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y si la información afecta los requisitos de participación en el plan. Nosotros no podemos obligarle a terminar su membresía en nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.
- Si se comporta continuamente de tal manera que perjudique y dificulte nuestra capacidad para proporcionar cuidados médicos tanto a usted como a otros miembros del plan. Nosotros no podemos obligarle a terminar su membresía en nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.
- Si permite que alguna otra persona use su tarjeta de ID de miembro para obtener cuidados médicos. Nosotros no podemos obligarle a terminar su membresía en nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.

- Si terminamos su membresía debido a esta razón, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.
- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, el programa Medicare le dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información sobre las fechas en que puede terminar su membresía:

- Llame al **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de esta guía).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que termine su membresía en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si piensa que le han pedido que termine su membresía en plan por motivos relacionados 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. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene el derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en el plan

Si terminamos su membresía en el plan, debemos darle las razones de esto por escrito. También debemos explicarle cómo puede quejarse o presentar una queja formal sobre nuestra decisión. Consulte la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11

Avisos legales

Sección 1	Aviso sobre la legislación vigente.....	2
Sección 2	Aviso sobre antidiscriminación.....	2
Sección 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	2
Sección 4	Responsabilidad civil y subrogación ante terceros.....	2
Sección 5	Responsabilidad del miembro.....	3
Sección 6	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de razonable y necesario.....	4
Sección 7	No debe haber duplicación de beneficios por cobertura de seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil.....	4
Sección 8	Hechos que escapan a nuestro control.....	5
Sección 9	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratados son contratistas independientes.....	5
Sección 10	Evaluación de tecnologías.....	5
Sección 11	Declaraciones del miembro.....	6
Sección 12	Información disponible cuando se solicite.....	6
Sección 13	2018 Comunicación de parte de un afiliado de casos de fraude y abuso.....	6
Sección 14	Compromiso con respecto a las decisiones de cobertura.....	7

Sección 1 Aviso sobre la legislación vigente

Muchas leyes tienen validez para esta Evidencia de Cobertura y es posible que se apliquen disposiciones adicionales debido a exigencias de la ley. Esto podría repercutir en sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no estuvieran presentes o explicadas en este documento. La ley principal que rige a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los estatutos creados bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación

No discriminamos a ninguna persona debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos de pago, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proveen Planes Advantage de Medicare, por ejemplo, este plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, entre otras, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley Contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes pertinentes a organizaciones que reciben fondos federales y todas las demás leyes y reglamentos que correspondan por cualquier otro motivo.

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare que tienen cobertura si Medicare no es el pagador primario. En virtud de la normativa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en el Título 42 del Código de Regulaciones Federal, secciones 422.108 y 423.462, el plan, siendo una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de restitución que el Secretario ejerce según el reglamento de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las subpartes B a D de la parte 411 del Código de Regulaciones Federal 42; por otra parte, las reglas establecidas en esta Sección sustituyen a cualesquiera leyes estatales.

Sección 4 Responsabilidad civil y subrogación ante terceros

Si sufre una lesión o enfermedad por la cual un tercero es presuntamente responsable debido a un acto u omisión negligente o intencional que le ocasiona una lesión o enfermedad, debe notificarnos oportunamente de dicha lesión o enfermedad. Le enviaremos una declaración que establece las cantidades que pagamos por los servicios provistos en relación con la lesión o enfermedad. Si se le restituye una suma cualquiera de dinero de parte de un tercero, debemos

recibir un reembolso proveniente de esa restitución por lo pagos que hicimos en nombre suyo, sujeto a las limitaciones en los párrafos siguientes.

- 1) **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida.** Si nuestros pagos son menores que la cantidad total restituida de parte de un tercero (la “cantidad restituida”), entonces nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
 - a) **Primero:** Determine la proporción de costos de adquisición a cantidad restituida (el término "costos de adquisición" implica los honorarios del abogado y los gastos incurridos para lograr una liquidación o un fallo).
 - b) **Segundo:** Aplique la proporción calculada anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra porción de costos de adquisición.
 - c) **Tercero:** Reste nuestra porción de costos de adquisición de nuestros pagos. El remanente es nuestra cantidad de reembolso.
- 2) **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida.** Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, el monto de nuestro reembolso es la cantidad total restituida menos los costos totales de adquisición.
- 3) **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a nuestro reembolso.** Si debemos demandar a una parte que recibió la cantidad restituida debido a que dicha parte se opuso a nuestro reembolso, el monto de nuestro reembolso es el menor de lo siguiente:
 - a) Nuestros pagos hechos en nombre suyo por los servicios; o
 - b) La cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicha parte.

Sujeto a las limitaciones establecidas anteriormente, usted acepta otorgarnos una asignación, y una reclamación y un derecho de retención, de cualesquiera cantidades recobradas mediante una liquidación, fallo o veredicto judicial. Es posible que sea requerido por nosotros y usted acepta oficiar los documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la asignación, la reclamación o el derecho de retención para confirmar nuestro derecho a reembolso.

Sección 5 Responsabilidad del miembro

Si no reembolsamos los cargos de un proveedor de la red por los servicios cubiertos, usted no será responsable de las sumas que adeudamos. Ni el plan ni Medicare pagarán el costo de los servicios, excepto si se trata de estos gastos aprobados:

- Servicios de emergencia
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis rutinaria y fuera del área durante un viaje (debe recibirse en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios de posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor fuera de la red ni el plan ni Medicare pagará el costo de esos servicios.

Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de razonable y necesario

Para determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de razonable y necesario, de acuerdo con los criterios de Medicare, para poder estar cubiertos bajo su plan, a menos que de otra manera se estipulen como un servicio cubierto. Se considera servicio "razonable y necesario" en estos casos:

- El servicio es seguro y eficaz.
- El servicio no tiene carácter experimental ni está en fase de investigación.
- El servicio es apropiado, incluida la duración y frecuencia que se considera adecuada para el servicio, en términos de si el servicio es:
 1. Provisto de acuerdo con estándares aceptados de práctica médica para el diagnóstico o tratamiento de una condición del paciente o para mejorar la función de un miembro corporal deformado;
 2. Provisto en un entorno adecuado a las necesidades y condiciones médicas del paciente;
 3. Solicitado y provisto por personal calificado;
 4. Uno que satisface, pero no excede, la necesidad médica del paciente; y
 5. Por lo menos igual de beneficioso que una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección 7 No debe haber duplicación de beneficios por cobertura de seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil

Si recibe beneficios como resultado de otra cobertura de un seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad realizar cualquier gestión necesaria para recibir el pago con cobertura del seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil cuando se espera recibir justificadamente dichos pagos, y es su deber notificarnos de la existencia de dicha cobertura. Si por casualidad duplicamos los beneficios a los cuales tiene derecho bajo otro seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil, podemos solicitar el reembolso del valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud en la medida que lo permita la ley estatal o federal. Si el costo de sus servicios de cuidado de la salud sobrepasa la cobertura del seguro de automóvil, de accidente o de responsabilidad contra terceros, proveeremos beneficios en exceso de esa otra cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros en la obtención del pago de su compañía del seguro de automóvil, de accidente o de responsabilidad contra terceros. Su falta de cooperación podría resultar en la terminación de su membresía en el plan.**

Sección 8 Hechos que escapan a nuestro control

Si, debido a fuerza mayor, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción completa o parcial de un centro, ordenanza, ley o decreto de cualquier agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa escapa a nuestro control), o cualquier otra emergencia o acontecimiento similar que escape a nuestro control, es posible que de la red los proveedores no están disponibles para concertar o proveer servicios de salud conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, entonces intentaremos concertar los servicios cubiertos en la medida que sea factible y de acuerdo con nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor de la red tendrá la responsabilidad ni la obligación en caso de demora u omisión en la prestación o preparación de servicios cubiertos si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias ya descritas.

Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratados son contratistas independientes

La relación entre nosotros y nuestros proveedores y hospitales de la red es una relación de empresa y contratista independiente. Ninguno de los proveedores de la red u hospitales de la red, o sus médicos o empleados, son empleados o agentes de HEALTH PLAN OF NEVADA, INC.. Un agente sería cualquier persona autorizada para actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ningún empleado de HEALTH PLAN OF NEVADA, INC. es empleado o agente de los proveedores u hospitales de la red.

Sección 10 Evaluación de tecnologías

Revisamos con frecuencia nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para decidir si son seguros y eficaces o no para los miembros. Los procedimientos y tecnologías nuevas que sean seguras y eficaces reúnen los requisitos para convertirse en servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, quedará sujeta a todos los términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones monetarias aplicables del miembro.

Para determinar si vamos a cubrir un servicio, aplicamos pautas de tecnologías patentadas para revisar dispositivos, procedimientos y medicamentos nuevos, incluidos los referentes a la salud conductual o mental. Cuando la necesidad clínica exige una determinación rápida de la seguridad y eficacia de una tecnología nueva o aplicación nueva de una tecnología existente para un miembro individual, uno de nuestros directores médicos toma una determinación médicamente necesaria basada en la documentación médica del miembro individual, la revisión de evidencia científica publicada, y, cuando es pertinente, la opinión profesional de la especialidad pertinente de una persona con experiencia en la tecnología.

Sección 11 Declaraciones del miembro

En ausencia de fraude, todas las declaraciones hechas por usted se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna declaración anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura ni se la usará como defensa de una causa judicial a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección 12 Información disponible cuando se solicite

Como miembro del plan, tiene derecho a solicitar información con respecto a:

- Cobertura general e información comparativa del plan
- Utilización de procedimientos de control
- Programas de mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos de quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de HEALTH PLAN OF NEVADA, INC.

Sección 13 2018 Comunicación de parte de un afiliado de casos de fraude y abuso

2018 Comunicación de parte de un afiliado de casos de fraude y abuso

Cómo puede combatir el fraude en el cuidado de la salud

Nuestra compañía está comprometida a prevenir el fraude, el derroche y el abuso en los programas de beneficios de Medicare, y le pedimos su ayuda. Si identifica un posible caso de fraude, le pedimos que nos avise inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de casos potenciales de fraude a Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud, por ejemplo, un médico, una farmacia, o una compañía de dispositivos médicos factura por servicios que nunca recibió.
- Un proveedor factura por un equipo diferente al que recibió.
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener cuidado médico, recetas, suministros o equipos.
- Alguien factura por equipo médico de uso en el hogar después que el mismo ha sido devuelto.
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare.
- Una compañía utiliza información falsa para inducirlo de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame al Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) Servicio al Cliente al 1-800-650-6232 (TTY 711), del 1

de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes..

Esta línea directa le permite reportar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todos los esfuerzos por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si una agencia del cumplimiento de la ley necesita involucrarse en la investigación, no podemos garantizar su confidencialidad.

Queremos que sepa que nuestra organización no tomará ninguna acción en contra de usted por reportar de buena fe un caso potencial de fraude.

Asimismo, puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o de medicamentos con receta ante MEDIC (Contratista para la protección de la Integridad de Medicamentos de Medicare) al teléfono 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379) o ante el programa Medicare llamando directamente al teléfono 1-800-633-4427. El número de fax de Medicare es 1-717-975-4442 y el sitio web es www.medicare.gov.

Si desea más información acerca de cómo protegerse del fraude contra Medicare y desea recibir sugerencias para identificar y denunciar fraude, visite www.stopmedicarefraud.gov. También puede pedir la guía titulada Protéjase y Proteja a Medicare del fraude llamando al teléfono que aparece más arriba o visitando la Sección "Fraud and Abuse" (Fraude y abuso) en el sitio web www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Un representante del Servicio al Cliente lo atenderá para contestar sus preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 14 Compromiso con respecto a las decisiones de cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones respecto a los servicios de cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y los servicios y la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de no cobertura (negación); 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a ningún otro profesional de cuidado de la salud para recomendar la subutilización inadecuada de los cuidados o servicios; y 3. No contratan, promueven o despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona vaya a apoyar o tienda a apoyar la negación de beneficios.

CAPÍTULO 12

Definición de palabras importantes

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria – Entidad que opera exclusivamente con el fin de suministrar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren ser hospitalizados y cuya estadía en el centro no es mayor de 24 horas.

Periodo anual de inscripción – Tiempo específico durante el otoño para que los miembros de Medicare cambien de un plan de salud o de medicamentos a otro, o bien, para cambiar a Medicare Original. El periodo anual de inscripción es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Apelación – Recurso que usted utiliza para modificar las decisiones que tome el plan con respecto a la negación de una solicitud para cubrir servicios de cuidado de la salud o de medicamentos con receta, o para que el plan pague el costo de los servicios o los medicamentos que usted ya ha recibido. Usted puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de suspender servicios que recibe actualmente. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación en casos en los que el plan no paga el costo de un medicamento, artículo o servicio que usted piensa que debería recibir. El Capítulo 9 explica lo que es una apelación, incluido el proceso para presentar una.

Facturación del saldo – Es el cobro que hace un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) a un paciente de una cantidad mayor que el costo compartido permitido por el plan. Como miembro del plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO), usted solamente debe pagar el costo compartido permitido por este al obtener los servicios cubiertos. El plan no permite que los proveedores realicen el cobro de sus servicios por el método de facturación del saldo ni que cobren una cantidad mayor al costo compartido que el plan indica que usted debe pagar.

Periodo de beneficios – Es la forma como Medicare Original mide el uso que usted hace de los servicios de hospital y de un centro de enfermería especializada. Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada y termina cuando usted no recibe ningún cuidado para pacientes hospitalizados o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha terminado un periodo de beneficios, comienza otro. Usted debe pagar el deducible correspondiente al cuidado para pacientes hospitalizados por cada periodo de beneficios. La cantidad de periodos de beneficios disponibles es ilimitada.

Medicamento de marca – Es un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló desde el principio. Los medicamentos tienen en su formulación los mismos principios activos que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente están disponibles una vez que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura de gastos médicos mayores – Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga una cantidad reducida de copago o de coseguro por sus medicamentos una vez que usted, u otra persona en su nombre, ha gastado \$5,000 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura del plan.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid – Es la agencia federal que administra el programa

Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con esta agencia.

Ensayo clínico - Es un método con el cual los médicos y los científicos ponen a prueba nuevas terapias de cuidado médico, por ejemplo, qué tan bien funciona un medicamento nuevo para el cáncer. Para realizar estos estudios se solicita la participación de voluntarios para probar los nuevos medicamentos o procedimientos de cuidados médicos. Un ensayo clínico es una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método de tratamiento funciona y si es seguro.

Coseguro - Es la cantidad que posiblemente tenga que pagar como parte del costo de los servicios o medicamentos con receta . El coseguro generalmente es un porcentaje, por ejemplo, 20%. El coseguro para los servicios dentro de la red se basa en tarifas negociadas contractualmente (cuando están disponibles para el servicio cubierto específico para el cual se aplica un coseguro) o en el costo permitido por Medicare, dependiendo del acuerdo contractual que hayamos acordado por el servicio.

Queja - La manera formal de decir “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de presentación de quejas se usa solamente para cierto tipo de problemas. Entre ellos, se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, el tiempo de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también la definición de “queja formal” en este Capítulo.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios - Es un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de haber tenido una enfermedad o lesión así como una variedad de servicios, entre ellos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y patología del lenguaje y servicios de evaluación del entorno hogareño.

Copago - Es la cantidad que posiblemente tenga que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, por ejemplo, una consulta médica, una consulta en el hospital como paciente ambulatorio o por un medicamento con receta . Un copago es una cantidad fija, en vez de un porcentaje, por ejemplo, le cobran \$10 o \$20 por una visita al consultorio médico o un medicamento con receta .

Costo compartido - Son las cantidades que el miembro debe pagar por servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) el deducible que un plan imponga para cubrir servicios o medicamentos (2) el copago fijo que un plan requiera cuando usted recibe un servicio o medicamento específico; o (3) el coseguro, es decir, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento requerido por el plan cuando usted recibe un servicio o medicamento específico. Cuando el médico receta una cantidad menor que el suministro para un mes completo de ciertos medicamentos, posiblemente se cobre la tarifa diaria de costo compartido y se requiere que usted pague un copago.

Nivel de costo compartido - Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos** del plan está clasificado en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento.

Determinación de cobertura - Es una decisión con respecto a un medicamento recetado cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que usted debe pagar por él. Por lo general, una determinación de cobertura no ocurre cuando usted va a una farmacia para surtir una receta le indican que lo recetado no está cubierto por su plan. Por lo tanto, para obtener una decisión

formal de su cobertura, usted debe llamar o escribir al plan y solicitarla. En esta guía, a las determinaciones de cobertura se les llama “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica los pasos para solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos – Son todos los medicamentos con receta cubiertos por el plan

Servicios cubiertos – Es el término general usado para referirnos a todos los servicios de cuidado de la salud y suministros que están cubiertos por el plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta – Es la cobertura de medicamentos con receta, que proporciona un empleador o un sindicato, y que se espera que pague, en promedio, por lo menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Los miembros que tienen este tipo de cobertura al cumplir con los requisitos de afiliación a Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura y no tienen que pagar una multa si más adelante deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta del programa.

Cuidado de custodia – Es el cuidado personal prestado en un asilo de convalecencia, en un centro de cuidados paliativos o en otro tipo de centros si usted no necesita cuidado médico o cuidado de enfermería especializados. Es el cuidado personal que puede prestar cualquier persona y que no requiere habilidades ni capacitación profesional, por ejemplo, para prestar ayuda en las actividades de la vida diaria como el baño, la vestimenta, los alimentos, para acostarse o salir de la cama o sentarse y pararse de una silla, para desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como poner gotas en los ojos. Medicare no cubre el costo del cuidado de custodia.

Departamento de Servicio al Cliente – Es el departamento que se encarga de responder a sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para saber cómo comunicarse con este servicio.

Tarifa diaria de costo compartido - Es la tarifa que se aplica cuando el médico receta una cantidad menor que el suministro para un mes completo de ciertos medicamentos y cuando usted paga el copago. La tarifa diaria de costo compartido es la cantidad de copago dividida entre el número de días de un suministro mensual. Por ejemplo, si el copago del suministro mensual de un medicamento son \$30, y el suministro de mes de su plan estipula que debe ser de 30 días, la "tarifa diaria de costo compartido" será \$1 por día. En otras palabras, usted paga \$1 por cada día de suministro cuando surta su receta.

La tarifa diaria de costo compartido se aplica únicamente si la presentación del medicamento es en dosis oral sólida (tableta o cápsula) y si el suministro es por menos de 30 días, conforme a la ley. Los requisitos de la tarifa diaria de costo compartido no se aplican a ninguno de los siguientes casos:

1. Antibióticos en dosis orales sólidas.
2. Dosis orales sólidas que se suministran en su recipiente empaque original para ayudar a los pacientes con el cumplimiento.

Deducible – Es la cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud o las recetas primero para que el plan realice los pagos que le corresponden.

Cancelación de la inscripción – Es el proceso por el cual la membresía en el plan termina. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (decisión personal) o involuntaria (no por

decisión personal).

Cargo de suministro – Es el cargo que se aplica cada vez que se surte un medicamento cubierto, el cual cubre el costo de surtir una receta. El cargo de suministro, por ejemplo, cubre el tiempo que le toma al farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Equipo médico duradero – Es el equipo médico que el doctor receta por razones médicas. Por ejemplo, caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para personas diabéticas, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por el proveedor para que los miembros del plan las usen en su propio domicilio.

Emergencia - Es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de salud y medicina, creen que usted presenta síntomas que requieren cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidado de emergencia – Son servicios cubiertos, 1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura y Divulgación de información – Es el documento que –junto con el solicitud de inscripción, los anexos, las cláusulas adicionales y la cobertura opcional que haya seleccionado– explica los términos y responsabilidades de la cobertura del plan, los derechos y las responsabilidades de usted como miembro del plan.

Excepción – Es un tipo de determinación de cobertura que, de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (excepción del formulario), o que le permite obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido preferido menor (excepción de nivel). Usted puede solicitar una excepción, si el patrocinador del plan requiere que utilice un medicamento antes de recibir el que usted desea, o si el plan limita la cantidad o dosis de los medicamentos que solicita (excepción de formulario).

Programa Ayuda Adicional – Es el programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar el costo del programa de medicamentos con receta de Medicare, por ejemplo, la prima del plan, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico – Es un medicamento recetado que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos que contiene los mismos principios activos que un medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona de igual manera que un medicamento de marca, pero por lo general cuesta menos.

Queja formal – Es el tipo de queja que usted puede presentar acerca del plan, de uno de nuestros proveedores o farmacias, de la red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no está relacionado con disputas sobre la cobertura del plan ni el pago de los servicios.

Auxiliar de cuidado de la salud a domicilio – Es una persona que proporciona servicios que no requieren contar con capacitación como terapeuta o enfermera registrada; por ejemplo, proporcionan ayuda con actividades para el cuidado personal (el baño, la vestimenta realizar terapia de ejercicios). Los auxiliares de cuidado de la salud a domicilio no tienen que tener una

licencia de enfermería ni proporcionar terapia.

Cuidado de la salud a domicilio – Es el cuidado de enfermería especializada y otros servicios de cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos aparecen en la **Tabla de Beneficios**, en la Sección 2.1 del Capítulo 4, bajo el título **Agencia de cuidado de la salud a domicilio**. Si necesita servicios de cuidado de la salud a domicilio, el plan cubrirá estos servicios, siempre y cuando se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare. Estos cuidados pueden incluir los servicios de un **auxiliar de cuidado de salud a domicilio**, si los servicios son parte del plan de cuidado de la salud a domicilio que se utiliza para el cuidado de su enfermedad o lesión. Estos cuidados no o están cubiertos, a menos que los proporciones un profesional capacitado como parte de un servicio que sí está cubierto. Los servicios de cuidado de la salud a domicilio no incluyen los servicios de limpieza de la casa, los arreglos necesarios para obtener servicio de alimentos ni tampoco incluyen el cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.

Centro de cuidados paliativos – Es el servicio proporcionado a un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos y que tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Como plan suyo, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si usted elige los servicios de un centro de cuidados paliativos pero continúa pagando las primas, usted seguirá siendo miembro del plan. Usted puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le proporcionará el tratamiento especial que necesita debido a su estado.

Cuidados paliativos – Son los cuidados físicos y el asesoramiento proporcionados por un equipo de personas que forman parte de una agencia pública o de una compañía privada y que han sido certificadas por Medicare. Los cuidados paliativos son una forma especializada de atender a pacientes con enfermedades terminales y de proporcionar asesoramiento a sus familiares. Dependiendo de la situación, este cuidado puede ser proporcionado a domicilio, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de convalecencia. El cuidado en un centro de cuidados paliativos tiene el propósito de ayudar a los pacientes durante los últimos meses de vida, aliviando el dolor y dando bienestar. El enfoque se centra en el cuidado al paciente terminal, no en lograr la curación. Para obtener más información acerca de los cuidados paliativos descargue el folleto Medicare y los Beneficios de Hospicio con este enlace automático <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02154-S.pdf>. O bien, llame al (1-800-633-4227) y solicite un ejemplar. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Estadía como paciente hospitalizado – Es una estadía en un hospital cuando usted ha sido internado formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted sea admitido en el hospital por una noche, es muy probable que se le considere paciente ambulatorio y no paciente hospitalizado.

Ajuste mensual relacionado con el ingreso – Si sus ingresos son mayores de cierto límite, esta es la cantidad mensual adicional basada en sus ingresos que usted paga además de la prima del plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a \$85,000 y las parejas casadas con ingresos superiores a \$170,000 deben pagar una prima mayor por la cobertura de la Parte B (seguro médico) y por la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. A esta cantidad

adicional se le llama ajuste mensual relacionado con el ingreso. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, así que la mayoría no pagará una prima más alta.

Asociaciones de médicos independientes (Independent Physicians Associations, IPA) – Son los médicos independientes y grupos médicos contratados por el plan para proporcionar servicios médicos, y los hospitales contratados para proporcionar servicios a los miembros. A su vez, los grupos médicos contratados emplean o tienen contratos con médicos independientes. (Consulte la Sección 10 del Capítulo 11)

Límite de cobertura inicial – El límite máximo de cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial -Es la etapa antes de que los gastos totales de los medicamentos, incluidas las cantidades que usted o el plan ha pagado en su nombre los gastos de su bolsillo durante año alcancen \$3,750.

Período de inscripción inicial – Es el plazo que tiene para inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare tan pronto como cumpla los requisitos de participación en Medicare por primera vez. Por ejemplo, si cumple los requisitos de la Parte B al cumplir 65 años, el periodo de inscripción inicial es un plazo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional para personas con necesidades especiales – Es un plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y residen continuamente, o se espera que residan continuamente, durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo. Estos centros de cuidado a largo plazo pueden incluir un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de cuidado intermedio para las personas con retardo mental o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Para que este tipo de plan pueda atender a los residentes de centros de cuidado a largo plazo que tienen Medicare, debe tener un acuerdo contractual con el centro de cuidados a largo plazo específico, (o bien, ser el dueño y operar el centro).

Plan institucional equivalente para personas con necesidades especiales – Es un plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y viven en la comunidad pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en una evaluación de parte del Estado. La evaluación debe hacerse utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de cuidado del Estado correspondiente y debe ser administrada por una entidad diferente a la organización que ofrece el plan. Si fuera necesario, para asegurar que los cuidados especializados se proporcionen de manera uniforme, este tipo de plan para personas con necesidades especiales puede restringir la inscripción solamente para personas que residan en una residencia de vivienda asistida contratada.

Lista de medicamentos cubiertos o Formulario – Es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos e incluye tanto medicamentos genéricos.

Subsidio para personas de bajos ingresos o cláusula LIS – Consulte el término “programa Ayuda Adicional”.

Cantidad máxima de gastos de su bolsillo – Es la cantidad máxima que usted paga de gastos de su bolsillo durante el año calendario dentro de la red por los servicios cubiertos de la Parte A y la

Parte B. La cantidad que usted paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se contabilizan para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. Para obtener más información, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4.

Medicaid o asistencia médica – Es un programa conjunto –estatal como federal– que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, aunque la mayoría de los costos de cuidado médico están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para la información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Emergencia médica - Es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de la salud y de la medicina, piensa que usted presenta síntomas que requieren cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una lesión, un dolor intenso, enfermedad o una condición médica que empeora rápidamente.

Indicación medicamento aceptada – Es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información.

Medicamento necesario – Es la necesidad de usar servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica que cumple los criterios aceptados de la profesión médica.

Medicare – Es el programa Federal de seguro de la salud para personas que tienen 65 años de edad o más, para ciertas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal crónica que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas afiliadas a Medicare pueden obtener cobertura de salud a través de Medicare Original, de un Programa de Cuidado todo Incluido para ancianos o de un plan Medicare Advantage.

Periodo de cancelación de inscripción en el plan Medicare Advantage – Es un plazo establecido anualmente, en el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan e inscribirse en el plan Medicare Original. El período es del 1 de enero hasta el 14 de febrero del año 2018.

Plan Medicare Advantage o Parte C de Medicare – Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un plan tipo Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan Organización de Proveedores Preferidos, un plan privado de tarifa por servicio, o un plan tipo cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare. Cuando usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través de este plan, y no se recibe el pago de los servicios mediante Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. El plan Cualquier persona que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare cumple los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a no ser que se apliquen excepciones).

Costo permitido de Medicare – Precio máximo de un servicio (para fines de reembolso) conforme a Medicare Original.

Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare – Es un programa que proporciona descuentos (incluidos la mayoría de los medicamentos cubiertos por la Parte D) a los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa sin cobertura y que no reciben el programa Ayuda Adicional. Los descuentos se basan en acuerdos alcanzados entre el gobierno Federal y ciertas compañías farmacéuticas. Por esta razón, el gran parte de los medicamentos tienen un descuento, pero no todos.

Servicios cubiertos por Medicare – Son todos los servicios cubiertos por la Parte A y por la Parte B de Medicare. Los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare – Es un plan de salud ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas afiliadas a Medicare que también están inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los programas de demostración o piloto y los programas de cuidado integral para personas mayores.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare o Parte D – Es un seguro que ayuda con el pago de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no tienen cobertura mediante las Partes A y B de Medicare.

Póliza Medigap o Seguro complementario de Medicare – Es una póliza de seguro de salud comercializado por compañías de seguros privadas para proporcionar cobertura de los servicios que no proporciona la cobertura de Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con la cobertura Medicare Original. Los planes Medicare Advantage no son pólizas Medigap.

Miembro, miembro de nuestro plan o miembro del plan – Es la persona afiliada a Medicare que cumple los requisitos para obtener los servicios cubiertos del programa, está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Red – Son todos los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros o proveedores de cuidado médico que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Todos ellos aceptan el pago total por sus servicios y el costo compartido correspondiente de parte del plan. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Farmacia de la red – Son las farmacias donde los miembros del plan pueden surtir sus medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas únicamente si se surten en una farmacia que sea parte de nuestra red.

Proveedor de la red – Es el término generalmente usado para referirse a los médicos, a otros profesionales de cuidado de la salud, a hospitales y a otros centros de cuidado de la salud con licencia o que han sido certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de cuidado de la salud. Se les llama **proveedores de la red** si tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar pagos de nuestra parte como pago total por sus servicios y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros del plan. Los proveedores de la red reciben el pago por sus servicios de nuestra parte, los cuales se basan en los acuerdos que tiene

con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionar los servicios cubiertos por el plan. También nos referimos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Farmacia no preferida de medicamentos por correo de la red – Son las farmacias que pertenecen a la red del plan que ofrecen el envío de los medicamentos por correo. Estas farmacias, por lo general, surten los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare a los miembros del plan a un nivel de costo compartido mayor que el que corresponden a una farmacia preferida de medicamentos por correo de la red.

Beneficios complementarios opcionales – Son los beneficios que Medicare no cubre, que no están incluidos en su paquete de beneficios y que pueden comprarse por una prima adicional. Si opta por comprar los beneficios complementarios opcionales, posiblemente tenga que pagar una prima adicional. Usted elige, voluntariamente, los beneficios complementarios opcionales para que pueda recibirlos.

Determinación de la organización – Es la determinación –a nivel de organización– del plan Medicare Advantage cuando toma una decisión con respecto a la cobertura de algún servicio o al costo que usted debe pagar por los suministros o los servicios cubiertos. En esta guía, las determinaciones a nivel organización se llaman “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explican los pasos para solicitar una decisión de cobertura.

Medicare Original – o Medicare Traditional o Medicare de tarifa por servicio – El gobierno ofrece el plan Medicare Original, el cual no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Medicare Original utiliza las cantidades de pago establecidas por el Congreso para pagar el costo de los servicios del programa Medicare proporcionados por médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare cubre la parte que le corresponde pagar de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la suya. Medicare Original se conforma por dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red – Son las farmacias que no tienen un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta **Evidencia de Cobertura**, la mayoría de los medicamentos obtenidos en farmacias fuera de la red no están cubiertos por el plan a no ser que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Es un proveedor o centro con el cual no hemos hecho los arreglos necesarios para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad ni son operados por nuestro plan, ni tampoco tienen una obligación contractual para proporcionar a usted servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de esta guía se explica el uso de proveedores o centros fuera de la red.

Gastos de su bolsillo – Es la cantidad que el miembro tiene la obligación de pagar como parte del costo de los servicios o medicamentos recibidos. También se le llama “gasto directo de su bolsillo” que el miembro debe hacer. Consulte la definición de “costo compartido”.

Programa de cuidado todo incluido para ancianos (PACE) – Es un plan que combina servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo para ayudar a personas vulnerables a que se mantengan independientes y vivan en la comunidad el mayor tiempo posible, en lugar de hacerlo

en un asilo de convalecencia, a la vez que reciben los cuidados médicos de alta calidad que necesitan. Este plan proporciona a sus miembros los beneficios de Medicare y de Medicaid. El programa de cuidado todo incluido para ancianos no está disponible en todos los estados, si desea esta información, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de esta guía).

La Parte C – Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D de Medicare – Es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare y se le conoce también simple y sencillamente como la “Parte D”.

Medicamentos de la Parte D – Son los medicamentos que tienen cobertura de la Parte D de Medicare. El plan posiblemente incluya la totalidad o solo una parte de los medicamentos de la Parte D. Consulte el formulario del plan que tiene la lista específica de los medicamentos cubiertos. Ciertas categorías de medicamentos han sido específicamente excluidas por el Congreso, por lo tanto, no tienen cobertura como medicamentos de la Parte D

Multa por inscripción tardía a la Parte D – Es la cantidad que se agrega a la prima mensual de cobertura de medicamentos con receta de Medicare si usted no ha tenido cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague por los servicios, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) por un periodo continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Una excepción a esta regla es la siguiente, si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar el costo de su plan de medicamentos con receta, usted no pagará la multa por inscripción tardía.

Costo compartido preferido – es un costo compartido menor para ciertos medicamentos de la Parte D y en farmacias específicas de la red.

Farmacia preferida de medicamentos por correo de la red – Son las farmacias de la red que ofrecen medicamentos por correo y, por lo general, medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare a los miembros del plan y que aplican niveles de costo compartido que posiblemente sean menores que los que aplican otras farmacias de la red o farmacias que ofrecen medicamentos por correo .

Prima – Es la cantidad que se paga periódicamente a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de cuidado primario – Es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayor parte de sus problemas de salud. Este proveedor se encarga de que usted reciba el cuidado médico que necesita para mantenerse su salud en buen estado. Si es necesario, este proveedor hablará con otros médicos y proveedores de cuidado médico acerca de su salud y le referirá a especialistas. Con muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a un proveedor de cuidado primario antes de consultar a otro médico. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre estos proveedores.

Preautorización – Es la aprobación anticipada que se necesita para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar incluidos en el formulario del plan . Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si el médico u otro proveedor de la red obtiene preautorización del plan. Los servicios cubiertos que requieren preautorización están indicados en la **Tabla de Beneficios Médicos** en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si el médico u otro proveedor de la red obtiene preautorización de nuestra

parte. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están indicados en el formulario.

Prótesis y ortopedia – Son los dispositivos médicos solicitados por el médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, abrazaderas para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y los dispositivos necesarios para reemplazar una función corporal o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamientos de nutrición enteral y parenteral.

Proveedores – Son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud a quienes el estado ha certificado para que proporcionen cuidado y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye a hospitales y otros centros de cuidado médico.

Organización para el mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Es un grupo de médicos en ejercicio de su profesión y de otros expertos en cuidado médico que reciben remuneración del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para la información sobre cómo comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado.

Límites de cantidad – es una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados tomando en cuenta su calidad, seguridad o razón de utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento que cubre el plan por cada receta o a un periodo de tiempo específico.

Referencia – Es una la recomendación formal de parte de un proveedor de cuidado primario para que usted reciba cuidado de un especialista o proveedor de la red.

Servicios de rehabilitación – Son servicios que incluyen fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional, entre otros.

Área de servicio – es la zona geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros en caso de que el plan limite la membresía de acuerdo con el lugar de residencia del miembro. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que se puede utilizar, esta zona, por lo general, también es donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Cuidado en un centro de enfermería especializada - Es el cuidado de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación provistos a diario y continuamente en un centro de enfermería especializada. La fisioterapia y las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser aplicadas por un médico o una enfermera titulada son ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada.

Periodo de inscripción especial – Un plazo establecido para que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o reincorporarse a Medicare Original. Estos son algunos de los casos en que podría cumplir los requisitos para un periodo de inscripción especial: si se muda fuera del área de servicio, si recibe el programa Ayuda Adicional para cubrir el costo de los medicamentos con receta, si se muda a un asilo de convalecencia o si el plan no cumple el contrato con usted.

Plan para personas con necesidades especiales – Es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidados médicos con un enfoque mayor en grupos específicos de personas, como aquellos afiliados tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en un asilo de

convalecencia o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar – Es el costo compartido distinto al costo compartido preferido que se ofrece en farmacias de la red.

Terapia escalonada – Es una herramienta de utilización que consiste en que para tratar su condición médica, usted debe usar primeramente otro medicamento que el recetado inicialmente por su médico y entonces el plan cubrirá su costo.

Programa Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados, a quienes son discapacitados, están ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de este programa son distintos a los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos de urgencia – Es el cuidado prestado para tratar una enfermedad, lesión o condición médica no prevista, que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red; también pueden ser prestados por proveedores fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles por el momento.



Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) Servicio al Cliente:

Llame al **1-800-650-6232**

Las llamadas a este número son gratis, del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratis, del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes..

Escriba a P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114

Sitio web **www.SeniorDimensions.com**

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado en el número de teléfono indicado en la Sección 3 del Capítulo 2 de esta **Evidencia de Cobertura**.

Cláusula de divulgación de la ley de reducción de trámites burocráticos De conformidad con la ley de reducción de trámites burocráticos (Paperwork Reduction Act , PRA) de 1995, a ninguna persona se le puede obligar a responder a una recopilación de información, si ésta no incluye un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.