

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

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

Este documento incluye información sobre su cobertura de servicios de atención médica y medicamentos recetados de Medicare del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al cliente al 775-982-3112 o al 1-888-775-7003. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre 30. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. sábados y domingos. Esta llamada es gratuita.

Si necesita atención de urgencia fuera del horario indicado anteriormente, diríjase a su proveedor de atención de urgencia más cercano (consulte la página 87 para obtener detalles sobre la cobertura). Teladoc también es una opción para después del horario de atención. Para acceder a la plataforma, ingrese en el siguiente sitio web para registrar su cuenta: member.teladoc.com/signin. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercano (consulte la página 60 para obtener detalles sobre la cobertura).

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

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

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas, sin cargo. Llame al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión del estado al 711).

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima de su plan y los costos compartidos.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H2960_2025_ ExtensiveDuals_024_C

File and Use 10/14/2024

Evidencia de cobertura de 2025

Índice

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

Capítulo 1. <i>Primeros pasos como asegurado</i>	5
SECCIÓN 1: Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué necesita a fin de ser elegible para ser asegurado de un plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá sobre la participación	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales del <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i>	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de participación de su plan.....	15
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	16
Capítulo 2. <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos del <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i> (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Servicio al cliente)....	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del Programa Federal Medicare)	26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	27
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad.....	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Medicaid	30
SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....	31
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	33
Capítulo 3. <i>Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como asegurado de nuestro plan	36
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para su atención médica.....	38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	42

Índice

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	44
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	45
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud	47
SECCIÓN 7	Reglas de propiedad del equipo médico duradero	48
SECCIÓN 8	Cómo solicitar un reembolso médico directo	49
Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto).....		51
SECCIÓN 1	Conocer los servicios cubiertos.....	52
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para conocer lo que está cubierto ...	53
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera del <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i> ?	99
SECCIÓN 4	¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?.....	103
Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D.....		107
SECCIÓN 1:	Introducción	108
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos con receta en una farmacia que forma parte de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	109
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	112
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	115
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como a usted le gustaría?	116
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?..	119
SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	122
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	123
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	123
SECCIÓN 10	Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos	125
Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D		128
SECCIÓN 1:	Introducción	129
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de cobertura para medicamentos en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento.....	132

Índice

SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de cobertura se encuentra.....	132
SECCIÓN 4	Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos.....	134
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	135
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de la cobertura para casos catastróficos, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	140
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	140
Capítulo 7. <i>Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		143
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	144
SECCIÓN 2	Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido	146
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa.....	147
Capítulo 8. <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		148
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como asegurado del plan.....	149
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan.....	155
Capítulo 9A. <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)</i>.....		158
SECCIÓN 1:	Introducción	159
SECCIÓN 2	Dónde conseguir más información y asistencia personalizada.....	160
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	161
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE		162
SECCIÓN 4	Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare	162
SECCIÓN 5	Guía de los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	162
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	166
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	174

Índice

SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto	184
SECCIÓN 9	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.....	189
SECCIÓN 10	Cómo seguir con su apelación al Nivel 3 y más allá	193
SECCIÓN 11	Cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros problemas	196
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID		199
SECCIÓN 12	Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare	199
Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan		200
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su participación en nuestro plan	201
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan?	201
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan?.....	205
SECCIÓN 4	Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo los artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan..	206
SECCIÓN 5	El <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i> debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones	206
Capítulo 11. Avisos legales		209
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	210
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	210
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	210
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes		211

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como asegurado

SECCIÓN 1: Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en el <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i>, que es un plan especializado Medicare Advantage (plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

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

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

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

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

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

La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica elegible (QHC, en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados que tiene disponibles como asegurado del *plan Senior Care Plus Extensive Duals*.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo alentamos a dedicar un poco de tiempo y examinar detenidamente este documento de *Evidencia de cobertura*.

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

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el *plan Senior Care Plus Extensive Duals* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que reciba de parte nuestra acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en el *plan Senior Care Plus Extensive Duals* entre el 1.º de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del *plan Senior Care Plus Extensive Duals* después del 31 de diciembre de 2025. También podemos dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el *plan Senior Care Plus Extensive Duals* todos los años. Usted puede continuar obteniendo cada año la cobertura de Medicare como asegurado de nuestro plan siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita a fin de ser elegible para ser asegurado de un plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para participar en nuestro plan siempre y cuando suceda lo siguiente:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B del Programa Medicare
- -- y -- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran que viven en la zona geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- --y-- sea un ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos
- --y-- cumpla con los requisitos de elegibilidad especiales que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que la recupere en un plazo de 3 meses, entonces todavía es elegible para participar en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 se le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante el período de continuación de la elegibilidad).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

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

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas inscritas en Medicare a pagar sus costos de dicho programa, por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y

copagos). (Algunas personas con beneficiario de Medicare Calificado (QMB, en inglés) también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+].)

- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Recursos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Recursos (SLMB, en inglés) también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+].)
- **Persona calificada (QI, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para el <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i>

El plan *Senior Care Plus Extensive Duals* solo está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo asegurado de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

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

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir estando asegurado por este plan. Comuníquese con Servicio al cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contactos del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

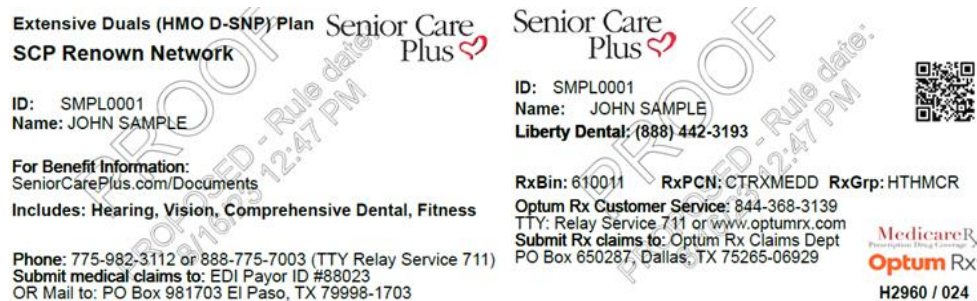
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residente legal
--

Un asegurado del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará al *plan Senior Care Plus Extensive Duals* si usted no es elegible para seguir estando asegurado sobre esta base. El *plan Senior Care Plus Extensive Duals* debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá sobre la participación

Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado del plan

Mientras sea asegurado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de asegurado siempre que obtenga servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias que forman parte de la red. También puede mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Aquí presentamos una tarjeta de asegurado a modo de ejemplo para mostrarle cómo será la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea asegurado de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de asegurado del plan *Senior Care Plus Extensive Duals*, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios para pacientes con enfermedades terminales o si participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también denominados estudios clínicos.

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios que deben prestarse con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones cuando no es razonable o no es posible obtener servicios

dentro de la red), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que el *plan Senior Care Plus Extensive Duals* autorice el uso de proveedores que no forman parte de la red.

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

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) al Servicio al cliente. Las solicitudes de copias impresas de los *Directorios de proveedores* se le enviarán por correo postal dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El Directorio de farmacias www.seniorcareplus.com enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias que forman parte de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los asegurados de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red a la que desea acudir. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no pertenecen a la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, www.seniorcareplus.com.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan *Senior Care Plus Extensive Duals*. El plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan *Senior Care Plus Extensive Duals*

La Lista de medicamentos le informa además si existen reglas que restringen la cobertura para sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos se cubren, puede visitar el sitio web del plan (www.seniorcareplus.com) o llamar a Servicio al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales del *plan Senior Care Plus Extensive Duals*

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)

- Monto mensual ajustado relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Como asegurado de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Durante el 2025, la prima mensual del plan *Senior Care Plus Extensive Duals* es de \$21.30. Medicare paga esto en su nombre si usted es elegible para recibir “Ayuda adicional”.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare

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

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo asegurado del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los asegurados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (LEP, en inglés) no se aplica siempre que mantenga su condición de doblemente elegible, pero si pierde su condición, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de la finalización del período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más donde no tuvo una cobertura de la Parte D ni ninguna otra cobertura válida para medicamentos recetados. Una cobertura de medicamentos recetados válida es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que se paga en la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe el “Beneficio adicional” de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.

- Ha tenido cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA, en inglés). Su compañía aseguradora o el departamento de Recursos Humanos de su empleador le informarán todos los años si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Es posible que esta información se le envíe en una carta o que se incluya en un boletín informativo enviado por el plan. Conserve esta información ya que es posible que la necesite si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tuvo una cobertura de medicamentos recetados válida que se esperaba que pagara la misma cantidad que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Lo siguiente *no* constituye una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que se demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de haber calificado para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos que no tuvo una cobertura válida para medicamentos recetados, si el lapso sin cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo una cobertura válida. Por ejemplo, si está 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto promedio de la prima mensual del plan para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional desde el año anterior. Para el 2025, el monto promedio de la prima del plan es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por el promedio de la prima mensual del plan y, luego, redondearlo al valor de 10 centavos más próximo. En el ejemplo siguiente, sería 14% multiplicado por \$36.78, que da \$5.14. Esto debe redondearse a \$5.10. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan en el caso de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que cabe destacar sobre esta multa por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **es posible que la multa cambie todos los años**, ya que el promedio de la prima mensual puede cambiar todos los años.
- Segundo, **continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que cuente con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D volverá a establecerse cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente

en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para la tercera edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha consignada en la primera carta que reciba en la que se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que se revise la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Si deja de pagarla, podría cancelarse su inscripción por no pagar las primas del plan.

Sección 4.4 Monto mensual ajustado relacionado con los ingresos

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

Si tiene que pagar una suma adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará el monto de la suma adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo suela pagar su prima del plan, salvo que su beneficio mensual no alcance para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no alcanza para cubrir el monto adicional, recibirá una factura por parte de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo

que debe por cualquier receta que reciba, más el saldo de su mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos para la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

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

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para recibir la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados.

Puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

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

Su registro de participación tiene información sobre su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores que forman parte de la red utilizan su registro de participación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los**

montos de los costos compartidos para usted. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios de cualquier cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización del trabajador o de Medicaid).
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, por ejemplo, un accidente automovilístico.
- Si ha ingresado en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna de esta información, infórmenos llamando a Servicio al Cliente.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro de medicamentos o médica que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otro tipo de cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluye cualquier otro tipo de cobertura de seguro de medicamentos o médica que conozcamos. Revise esta información detalladamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicio al cliente. Es posible que necesite darle su número de asegurado del plan a otras compañías de seguro (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura grupal de salud de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta los límites de esta cobertura. Quien paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si llegara a haber costos no

cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, quién pagará primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si está inscrito en Medicare según la edad, discapacidad o la enfermedad renal en estado terminal (ESRD, en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años, es discapacitado y usted o un familiar suyo aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o si hay, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o si hay, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si está inscrito en Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses que es elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos del *plan Senior Care Plus Extensive Duals* **(cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Servicio al cliente)**

Cómo comunicarse con el Servicio al cliente de nuestro plan

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

Método	Servicio al cliente: Información de contacto
LLAME	775-982-3112 o de manera gratuita al 1-888-775-7003 La llamada a este número es gratuita. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los sábados y domingos Servicio al cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
LLAME	Nations Hearing: De manera gratuita al 1-(877) 200-4189. TTY 711 Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La llamada a este número es gratuita.
LLAME	EyeMed: 1-(866)-723-0513. De lunes a sábados, de 7:30 a.m. a 11:00 p.m. (hora del Este) y los domingos de 11:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Este). La llamada a este número es gratuita.
LLAME	Liberty Dental: Número gratuito 888-442-3193. La llamada a este número es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico)
TTY	Servicio estatal de retransmisión de mensajes: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Sábados y domingos

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Servicio al cliente: Información de contacto
FAX	775-982-3741
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB	www.seniorcareplus.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando decisiones de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica: información de contacto
LLAME	<p>775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003</p> <p>La llamada a este número es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los sábados y domingos</p> <p>Servicio al cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>La llamada a este número es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Sábados y domingos</p>
FAX	<p>775-982-3741</p>

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica: información de contacto
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com
SITIO WEB	www.seniorcareplus.com

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME	1-844-368-3139 La llamada a este número es gratuita. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	Servicio estatal de retransmisión: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita.
FAX	1-844-403-1028
CORREO	Optum Rx en línea: Autorización previa o solicitud de excepción OptumRx
SITIO WEB	https://www.optumrx.com/secure/benefits-and-claims/prior-authorization
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Apelaciones para los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	1-888-775-7003 La llamada a este número es gratuita. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Apelaciones para los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TTY	Servicio estatal de retransmisión: 711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita.
FAX	1-775-982-3745
CORREO	Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Pharmacy-Hometownhealth@hometownhealth.com
SITIO WEB	www.Seniorcareplus.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias que forman parte de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: Información de contacto
LLAME	<p>775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los sábados y domingos</p> <p>Servicio al cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>La llamada a este número es gratuita. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Sábados y domingos</p>
FAX	<p>775-982-3741</p>
CORREO	<p>Senior Care Plus 10315 Professional Circle Reno, NV 89521 Correo electrónico: Customer_Service@hometownhealth.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja acerca del plan Senior Care Plus Extensive Duals directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos el costo para la atención médica o para un medicamento que ha recibido

Si ha recibido una factura o pagado servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede presentar una apelación sobre nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]*) para obtener más información.

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

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del Programa Federal Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (ocasionalmente denominados CMS, en inglés). Esta agencia celebra contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 La llamada a este número es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. En él se proporciona información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales relacionados con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de enfermería, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde la computadora. También puede encontrar los números de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también contiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare a través de las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Calculadora de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare y los planes médicos de Medicare y Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su

Método	Medicare: Información de contacto
	<p>área. Estas herramientas proporcionan un valor <i>estimativo</i> de sus gastos de bolsillo según los diferentes planes de Medicare.</p> <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre el plan <i>Senior Care Plus Extensive Duals</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Infórmele su queja a Medicare: Puede presentar una queja acerca del plan <i>Senior Care Plus Extensive Duals</i> directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usará esta información para contribuir a la mejora de la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores local podrá ayudarlo a visitar este sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e indicar qué información busca. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nevada, el SHIP se denomina Nevada SHIP (a través de la División de Servicios para la Vejez y Access to Healthcare Network).

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

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

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en **SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP]** en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

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

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para prestar servicio a los beneficiarios de Medicare en todos los estados.

En Nevada, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

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

Debe comunicarse con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja relacionada con la calidad de atención que recibió.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para atención médica a domicilio, la atención en centros de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la calidad de Nevada): Información de contacto
LLAME	1-877-588-1123 para apelaciones o para todas las demás revisiones. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábado, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Livanta, BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.bfccqioarea5.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses o residentes permanentes legales mayores de 65 años, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con determinadas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos superiores. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un suceso importante en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar la reconsideración.

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

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 La llamada a este número es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con beneficiario de Medicare Calificado (QMB, en inglés) también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+].)
- **Doble elegibilidad de beneficio completo (FBDE):** Persona que no es ni un QMB ni un SLMB, pero que es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid, ya sea de manera categórica o a través de grupos de cobertura de carácter opcional.

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

Método	Nevada Medicaid: Información de contacto
LLAME	877-638-3472 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Método	<i>Nevada Medicaid: Información de contacto</i>
CORREO	Nevada Medicaid 1100 East William Street Suite 101 Carson City, NV 89701
SITIO WEB	https://dhcfp.nv.gov/

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

Método	<i>Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo del estado de Nevada: Información de contacto</i>
LLAME	1-888-729-0571
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Nevada State Long Term Care Ombudsman Program 445 Apple Street Suite 104 Reno, NV 89502
SITIO WEB	adsd.nv.gov

SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, usted reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Su oficina estatal de Medicaid (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si considera que está pagando un monto incorrecto correspondiente a los costos compartidos cuando adquiere un medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que pueda solicitar ayuda para obtener evidencia que demuestre cuál es su nivel de copago correcto, o proporcionarla a nuestro plan en caso de que ya cuente con ella.

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le corresponde pagar, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por el monto del pago en exceso o lo compensaremos mediante copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una deuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Comuníquese con el Servicio al cliente si tiene preguntas.

La mayoría de nuestros asegurados califican y ya reciben “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

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

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA y sean elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en la lista de medicamentos de ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia del costo compartido de los medicamentos recetados mediante el Programa Ryan White sobre el VIH/sida de la Parte B (RWPB, en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada. **Nota:** A fin de ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba

de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada. Si cambia de plan, notifique al trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Access to Healthcare Network (AHN) AL 1-775-284-8989 o de manera gratuita al 1-877-385-2345.

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos entre **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** “Ayuda adicional” de Medicare y ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajoso que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare– Información de contacto
LLAME	(844)-368-3139. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés
TTY	(711) Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. Este número se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
CORREO	Optum Rx Attn: Member Services 6868 W 115TH ST Overland Park, KS 66211
SITIO WEB	www.optumrx.com

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios nacionales y a sus familias. Si está inscrito en Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que

les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 La llamada a este número es gratuita. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los días lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los días miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 3:

*Uso del plan para sus servicios
médicos*

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

En este capítulo se explica lo que debe saber sobre cómo utilizar el plan para su cobertura de atención médica. Contiene definiciones de términos y se explican las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos recetados y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar por el costo de dicha atención, utilice el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores que forman parte de la red y los servicios cubiertos?

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar servicios médicos y atención médica. El término proveedores también abarca a hospitales y otros centros de atención.
- Los proveedores que forman parte de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costos compartidos como pago completo. Acordamos que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan a usted. Cuando consulta a un proveedor que forma parte de la red, no paga ningún monto o solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros de equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica que cubre el plan

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

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

- **La atención que reciba se incluye en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como asegurado de nuestro plan, debe elegir un PCP que forme parte de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP que forma parte de la red debe brindarle su aprobación por anticipado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina proporcionarle una derivación. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para atención médica de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor que forme parte de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor que no forma parte de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Las siguientes son tres excepciones:*
 - El plan cubre atención médica de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor que no forma parte de la red. Si desea más información al respecto, y ver qué significan los servicios de urgencia y de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted paga normalmente dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si usted recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener una aprobación para consultar a un médico que no forma parte de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de

servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

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

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

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

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

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

¿Cómo debe elegir su PCP?

Usted selecciona su PCP cuando se inscribe en Senior Care Plus. Para seleccionar su PCP, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de Senior Care Plus en nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com. Puede visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio al cliente para saber qué proveedores están aceptando pacientes nuevos (lo que significa que su panel está abierto). Puede cambiar su PCP en cualquier momento, como se explica más adelante en esta sección.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y, en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP.

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

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una derivación de su PCP?
--------------------	--

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando sean prestados por un proveedor que forma parte de la red.
- Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la pulmonía, siempre y cuando se las administre un proveedor que forma parte de la red
- Servicios de emergencia prestados por proveedores que forman parte de la red o por proveedores que no forman parte de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a

coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área.

- Servicios de rutina de especialistas prestados por proveedores que forman parte de la red.

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

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con una parte del cuerpo o con enfermedades específicas. Existen muchas clases de especialistas. A continuación, se enumeran algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que tienen afecciones del corazón.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando su PCP considera que necesita un tratamiento especializado, no será necesario que reciba una derivación (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista del plan. Sin embargo, si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP recibirá la aprobación por adelantado. En algunos casos, el especialista también deberá obtener la autorización previa (aprobación por adelantado).

Es muy importante obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP para otros servicios determinados antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores (existen excepciones, incluida la atención médica de rutina para mujeres, que se explica en la sección anterior). Senior Care Plus no requiere que usted tenga una derivación para ver a un especialista; sin embargo, es posible que algunos especialistas no programen una cita para usted sin una derivación de su PCP. Si el especialista desea que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que las visitas adicionales al especialista estarán cubiertas.

- Si hay especialistas específicos a quienes quiera consultar, averigüe si su PCP prefiere a dichos especialistas. Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan que utilizan para las derivaciones. Esto significa que el PCP que seleccione puede determinar los especialistas que deba consultar. Por lo general, puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan para el que su PCP no le entrega una derivación. Consulte la subsección “Cómo cambiar su PCP” de la Sección 2.1, donde le decimos cómo cambiar su PCP.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor que forma parte de la red abandona el plan?

Es posible que realicemos cambios en relación con los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si recibe atención de parte de él actualmente o si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y nosotros colaboraremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que esté recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos necesarios para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención médica.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de atención a la QIO, una queja de calidad de atención al plan o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica
--

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer frente a una?

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

En caso de que se enfrente a una emergencia médica, haga lo siguiente:

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

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

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

Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán si su afección se estabilizó y si cesó la emergencia médica.

Una vez que haya cesado la emergencia, tiene derecho a realizar un seguimiento de su condición para asegurarse de que continúa siendo estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para la atención adicional. El plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención médica de emergencia es proporcionada por proveedores que no forman parte de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores que

forman parte de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

En ciertas ocasiones puede resultar difícil darse cuenta si está frente a una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le comunique que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya creído, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya confirmado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Obtiene la atención adicional a través de un proveedor que forma parte de la red.
- *o bien*, la atención adicional que recibe se considera servicio de urgencia y usted sigue las reglas para recibir esta atención médica inmediata (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia, ya sea que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

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

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

Puede obtener atención de urgencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si tiene dudas sobre cómo acceder a centros de atención de

urgencia, puede contactarse con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

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

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios que deban prestarse con urgencia ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el Gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su región geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web [cms.gov](https://www.cms.gov) para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si durante una catástrofe no puede acudir a un proveedor que forma parte de la red, su plan le permitirá obtener atención de proveedores que no forman parte de la red por el monto de costos compartidos aplicable dentro de la red. Si durante una catástrofe no puede acudir a una farmacia que forma parte de la red, puede surtir los medicamentos recetados en una farmacia que no forma parte de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

El plan *Senior Care Plus Extensive Duals* cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no cubre nuestro plan o servicios que se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

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

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

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?
--

Un estudio de investigación clínica (también denominado *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; como averiguar la eficacia de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted expresa interés, un miembro del personal a cargo del estudio se comunicará con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos de este y si entiende y acepta plenamente lo que implica participar en dicho estudio.

Si participa de un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un estudio clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios en ese estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de participación en los costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la participación en los costos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe u obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores médicos que proporcionan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* deben formar parte de la red de proveedores médicos de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no abarca los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un estudio clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED, en inglés) y los estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE, en inglés), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan.

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

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

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

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

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

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que para todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúe en el estudio, a menos que Medicare cubriese dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera una sola tomografía.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación sin cargo para cualquier afiliado en el estudio.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Sección 6.1 ¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud?

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un establecimiento en el que se brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada se opusiera a las creencias religiosas de un asegurado, en cambio, prestaremos cobertura para su atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

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

Para que el plan le brinde cobertura, la atención que reciba en un centro religioso no médico dedicado a la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde la atención tiene que estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de este centro que se le presten en un establecimiento, regirán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada.
 - *Además*, tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Es posible que se apliquen límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede convertirse en propietario del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como suministros y equipos de oxígeno, sillas de rueda, caminadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar. Ciertos artículos, como prótesis, siempre serán propiedad del asegurado. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como asegurado del *plan Senior Care Plus Extensive Duals*, en general no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea asegurado de nuestro plan, incluso si realizó 12 pagos consecutivos por el artículo de DME conforme a Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de DME a usted. Llame a Servicio al cliente para obtener más información.

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

En caso de que no haya obtenido la propiedad del artículo de DME mientras formaba parte de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo después de cambiarse a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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

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

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

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

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

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

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

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitar un reembolso médico directo

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

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

Puede encontrar el formulario de reembolso para miembros en el [formulario de reclamación \(hometownhealth.com\)](https://www.hometownhealth.com). Una vez que complete el formulario, puede enviarlo por fax a nuestro

Departamento de Servicios de Reembolsos al 775-982-3751, enviarlo por correo electrónico a customer_service@hometownhealth.com o por correo postal a nuestra oficina ubicada en:

Hometown Health

10315 Professional Circle

Reno, NV 89521

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos (lo
que está
cubierto)*

SECCIÓN 1 Conocer los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro del Plan Senior Care Plus Extensive Duals. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites sobre ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, no paga ningún monto por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de los planes para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de los planes para recibir su atención).

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

Nota: Debido a que nuestros asegurados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos asegurados alcanzan este monto máximo de bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que debe pagar como gasto de bolsillo por año por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de gasto de bolsillo (maximum out-of-pocket amount, MOOP). Para el año calendario 2025, este monto es de \$8,300.

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

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para conocer lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como asegurado del plan

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre el plan Senior Care Plus Extensive Duals. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid tienen que prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *tienen* que ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual es posible que el nuevo plan de MA no requiera autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención de un proveedor que forma parte de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le brinda atención y la supervisa.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor tratante.

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos relacionados con los servicios de Medicare, incluidos los servicios cubiertos por Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios en el hogar y comunitarios u otros servicios únicos de Medicaid.


- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, lea el manual *Medicare y usted 2025*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios de prevención que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por un problema de salud existente durante la visita cuando recibe el servicio de prevención, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de continuación de la elegibilidad de 3 meses de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian.

No paga ningún monto por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.



Verá esta manzana al lado de los servicios de prevención que figuran en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un único ultrasonido de detección para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una orden médica para el examen por parte de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none">• dolor que dura 12 semanas o más;• dolor no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);• dolor no relacionado con una cirugía, y• dolor no relacionado con un embarazo. <p>Se cubren ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no presenta mejoras o experimenta una regresión.</p> <p>Requisitos para proveedores:</p> <p>Los médicos (tal como se los define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley])</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita para acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>

Servicios que están cubiertos para usted

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

podrán brindar acupuntura de conformidad con los requisitos estatales correspondientes.

Los asistentes médicos (PA, en inglés), enfermeros (NP, en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, en inglés) (tal como se los identifica en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y tienen lo siguiente:

- un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de un centro educativo acreditado por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, en inglés); y
- una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia.

El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel de supervisión adecuado de un médico, asistente médico o enfermero/enfermero clínico especializado tal como lo requieren por las normas del Título 42, §§ 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).



Máximo de 20 visitas por año del plan. Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.





Servicios de ambulancia


Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre, aérea de ala rotatoria y aérea de ala fija hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención médica solo si se prestan a un asegurado cuya afección médica amerita este servicio, ya que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están

Copago de **\$0** por cada servicio de ambulancia terrestre y aérea cubierto por Medicare.

El costo compartido se aplica a cada viaje.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del asegurado es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	El transporte de emergencia en todo el mundo no es un servicio cubierto.
Examen físico anual Cubrimos un examen físico anual como beneficio complementario. Este examen está cubierto una vez por año calendario y es adicional a su visita anual de bienestar cubierta por Medicare y a la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Nota: Usted es elegible para esta visita inmediatamente después de inscribirse en nuestro plan.	Copago de \$0 para el examen físico anual.
 Consulta de bienestar anual Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> . No obstante, no es necesario que haya realizado una visita <i>Bienvenido a Medicare</i> para que se cubran las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.
 Examen de densidad ósea Para las personas elegibles (por lo general, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de densidad ósea cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
 Examen de detección de cáncer de pecho (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.• Una mamografía de examen de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y más.• Un examen clínico de las mamas cada 24 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de examen de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y terapia están cubiertos para asegurados que cumplen ciertas condiciones con una derivación del médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$0 para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
 Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede repasar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para la enfermedad cardiovascular (tratamiento intensivo para la salud conductual).
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades (o anomalías asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
 Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y

<p>Servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si tiene un riesgo alto de tener cáncer cervical o vaginal o el resultado de una prueba de Papanicolaou fue anormal dentro de los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. 	<p>Copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes exámenes de detección están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un riesgo alto después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal de detección para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario, para los que se aplica un coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Una colonoscopia o sigmoidoscopia realizada para extirpar un pólipo o para realizar una biopsia es un procedimiento quirúrgico sujeto al costo compartido de las cirugías para pacientes ambulatorios descrito más adelante en este cuadro.</p>

Servicios que están cubiertos para usted

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

- Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.
- Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección.

Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección y seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.

Servicios dentales

En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación contra el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos al trasplante de riñón. Además, brindamos cobertura para lo siguiente:

- Servicios dentales preventivos
 - Exámenes bucales
 - Limpiezas
- Servicios de diagnóstico dental
 - Radiografías dentales
- Servicios dentales integrales
 - Servicios no rutinarios

Servicios dentales preventivos y de diagnóstico no cubiertos por Medicare:

Exámenes bucales: copago de \$0 *

Limpiezas: copago de \$0 *

Tratamientos con flúor: Sin cobertura

Radiografías dentales: copago de \$0 *


Servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare:

Servicios que no son de rutina: copago de \$0 *

Servicios de restauración: copago de \$0 *

Endodoncia: copago de \$0 *

Servicios periodontales: copago de \$0 *

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<ul style="list-style-type: none">○ Servicios de restauración○ Servicios de endodoncia○ Servicios de periodoncia○ Extracciones○ Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales	Extracciones: copago de \$0 * Servicios de prostodoncia y orales/maxilofaciales: copago de \$0 *
<p>Los servicios de diagnóstico y prevención no se aplican a su límite de cobertura dental.</p>	*Se aplican frecuencias y limitaciones Algunos servicios están sujetos a revisión para determinar si son necesarios y adecuados en función de los estándares de la industria y las pautas clínicas de Liberty.
<p>Servicios dentales integrales: El plan paga hasta \$2,500 cada año por servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura dental.</p>	Para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos y las frecuencias, visite SeniorCarePlus.com
<p>Nuestro plan se asocia con LIBERTY Dental Plan para brindarle sus beneficios dentales. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicio al Cliente al (888) 442-3193 o buscar en el directorio de proveedores en línea de LIBERTY Dental Plan en www.libertydentalplan.com/SCP. Si elige usar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos.</p>	
<p>Los cargos se basan en los cargos contratados para dentistas dentro de la red. El reembolso se paga sobre las asignaciones contractuales del LIBERTY Dental Plan y no necesariamente sobre los honorarios reales del dentista.</p>	
<p> Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar derivaciones y/o tratamiento de seguimiento.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita de examen de detección de depresión anual.

Servicios que están cubiertos para usted

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



Examen de detección de diabetes

Cubrimos este examen de detección (incluye las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de glucemia alta (glucosa). También es posible que se cubran las pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.

Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.

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



Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos

Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Suministros para controlar la glucemia: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.
- Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par por año calendario de calzados ortopédicos a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos calzados) y dos pares adicionales de plantillas o un par de calzados de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no a medida proporcionadas con cada calzado). La cobertura incluye el ajuste.
- La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta con ciertas condiciones.

No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios que cumplen los requisitos para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes.

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

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

Servicios que están cubiertos para usted

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

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).

Los artículos incluyen, entre otros, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andaderas.

Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro suministrador en su área no distribuye una marca o un fabricante en particular, puede solicitar que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores también se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.

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

Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con respecto a la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca son adecuados para su afección médica. Para obtener más información sobre las apelaciones,

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

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

Servicios que están cubiertos para usted

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

consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)*.

Atención médica de emergencia

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

- Servicios provistos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia.
- Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

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

Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios prestados por proveedores que no forman parte de la red son los mismos que tendrían si fueran prestados por proveedores que forman parte de la red.

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

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

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


Coseguro del **20%** para atención de emergencia en todo el mundo.

Beneficio de acondicionamiento físico

Senior Care Plus ofrece una afiliación de gimnasio en gimnasios seleccionados dentro de nuestra área de servicio para los asegurados activos que estén inscritos en el plan *Senior Care Plus Extensive Duals*. Visite www.SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en este beneficio o comuníquese con el Servicio al cliente al 775-982-

No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los asegurados elegibles para el beneficio de acondicionamiento físico.

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

<p>Servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.</p>
<p>3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año del plan.</p>	
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Senior Care Plus ofrece materiales de educación de salud por escrito, incluso boletines, además de los servicios de un educador de salud certificado u otro profesional médico calificado. Ofrecemos una serie de programas educativos y de apoyo para que los asegurados superen los desafíos presentados por problemas de salud como asma o diabetes y para ayudarlos a crear y adoptar un estilo de vida saludable. Los servicios de nutrición y control de peso son ofrecidos por nutricionistas registrados como cursos de asesoramiento de nutrición (no para la diabetes) y control de peso. La educación de nutrición no tiene límite en cuanto al número de visitas siempre que sean una necesidad médica. Los servicios pueden ser en grupo o individuales, pero generalmente son sesiones individuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los asegurados elegibles para el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>
<p>Servicios para el cuidado de la audición</p> <p>Los exámenes de equilibrio y audición de diagnóstico realizados por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando se obtienen de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina: un examen por año • Audífonos: hasta dos audífonos por año. • Evaluaciones de ajuste de audífonos: una evaluación o un ajuste de audífonos por año 	<p>Exámenes de audición cubiertos por Medicare: copago de \$0</p> <p>Examen de audición de rutina: copago de \$0</p> <p>Ajuste y evaluación de audífonos: copago de \$0</p> <p>Audífonos: copago de \$495 a \$1970 (dos audífonos por año).</p> <p>Los copagos varían según el nivel de tecnología seleccionado.</p>
<p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p>	

Servicios que están cubiertos para usted

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

- 3 visitas de seguimiento dentro del año del plan.
- Período de prueba de 60 días desde la fecha de ajuste
- 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años)
- Garantía de reparación del fabricante de 3 años
- Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (puede aplicarse un deducible por audífono)
- Primer juego de moldes del oído (cuando sea necesario)

Nuestro plan se ha asociado con NationsHearing para proporcionar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener sus audífonos a través de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al **(877) 200-4189 (TTY:711)** para obtener más información o para programar una cita.



Examen de detección de VIH

Para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos lo siguiente:

- Un examen de detección cada 12 meses.

Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:

- Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo.

No hay coseguro, copago o deducible para los asegurados elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.

Agencia de atención médica a domicilio

Antes de recibir atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita atención médica a domicilio y solicitar que dicha atención médica sea provista por una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que abandonar su hogar es un esfuerzo mayor.

No hay coseguro ni copago por visita de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted

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

Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente y servicios de asistente médico a domicilio (cubiertos conforme al beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y de asistente médico a domicilio deben ser de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Servicios médicos y sociales.
- Equipos y suministros médicos.

Terapia de infusión en el hogar

La terapia de infusión en el hogar implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).

Copago de **\$0** por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.

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

Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios profesionales, que incluye los servicios de enfermería, proporcionados conforme al plan de atención.
- Formación y educación del paciente, que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero.
- Supervisión remota.
- Servicios de supervisión para la provisión de terapia de infusión en el hogar y fármacos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.

Servicios que están cubiertos para usted

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

Atención médica para pacientes terminales

Usted califica para recibir los beneficios para pacientes con enfermedades terminales cuando su médico y el director médico del centro para pacientes con enfermedades terminales le han indicado un pronóstico terminal en el que se certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos si su enfermedad evoluciona con normalidad. Puede recibir atención de cualquier programa para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico para pacientes con enfermedades terminales puede ser un proveedor que forma parte de la red o un proveedor que no forma parte de la red.

Cuando se inscribe en un programa de servicios para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios para pacientes terminales y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal en lugar del plan Senior Care Plus Extensive Duals.

Copago por visita al consultorio del PCP o especialista para servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

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

Para los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor los servicios para pacientes con enfermedades terminales relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de pacientes con enfermedades terminales, su proveedor de hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de casos de emergencia ni de urgencia, que estén

Servicios que están cubiertos para usted

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

cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, los costos de estos servicios dependen de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan y sigue las normas del plan (por ej., si existe un requisito para obtener una autorización previa).

- Si recibe los servicios cubiertos por el plan de un proveedor que forma parte de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido del plan para los servicios que forman parte de la red.
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no forma parte de la red, usted paga el costo compartido establecido en las Tarifas por servicio de Medicare (Original Medicare).

Para los servicios cubiertos por el plan Senior Care Plus Extensive Duals pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: El plan Senior Care Plus Extensive Duals continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted debe pagar el monto del costo compartido del plan que le corresponde a estos servicios.

Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos simultáneamente por el centro para pacientes con enfermedades terminales y nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare*).

Nota: Si necesita atención que no sea para pacientes con enfermedades terminales (atención que no está

Servicios que están cubiertos para usted

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

relacionada con su enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre servicios de consulta para pacientes con enfermedades terminales (una sola vez) para todas las personas con enfermedades terminales que no hayan elegido los beneficios para pacientes con enfermedades terminales.



Vacunas

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

- Vacunas contra la pulmonía
- Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, cada temporada de gripe durante el otoño y el invierno, con vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario.
- Vacunas contra la hepatitis B si corre un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.
- Vacunas contra la COVID-19
- Otras vacunas si tiene riesgo y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.

También cubrimos algunas otras vacunas para adultos conforme al beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.

Las demás vacunas requieren autorización previa (aprobación por adelantado)

No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la pulmonía, la gripe/influenza y la hepatitis B.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

Incluye hospitales de atención a largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios en hospitales para pacientes hospitalizados. La atención en hospitales para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al

Copago de **\$0** por día para los días de 1 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red.

Para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados, se aplicará el costo compartido antes descrito

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<p>que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería regular.• Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios).• Fármacos y medicamentos.• Análisis de laboratorio.• Radiografías y otros servicios de radiología.• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.• Costos del quirófano y la sala de recuperación.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.• Servicios para el trastorno por uso de sustancias para pacientes hospitalizados• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula espinal, célula troncal e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplante aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o hallarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes que forman parte de la red se encuentran lejos del lugar habitual de atención médica de la comunidad, puede elegir recibir servicios locales siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tasa de Original Medicare. Si el <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals</i> proporciona servicios de trasplante en un lugar alejado del lugar habitual de atención médica para trasplantes en su comunidad y usted decide	<p>cada vez que lo internen en el hospital. El traslado a otro tipo de centro (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de atención a largo plazo) se considera una nueva hospitalización. Para cada hospitalización, tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de conformidad con las reglas del plan.</p>

Servicios que están cubiertos para usted

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

recibir un trasplante en ese lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.

- Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura para los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada.
- Servicios del médico.

Nota: Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en el sitio web


<https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> o llamando al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico


- Los servicios cubiertos por el plan incluyen servicios de salud mental que requieran una internación.

Copago de \$0 por día para los días de 1 a 90 para una estadía cubierta por Medicare en un hospital que forma parte de la red.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<ul style="list-style-type: none">• Hay una cobertura máxima de por vida de 190 días para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente.• El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general. <p>Hay una cobertura máxima de por vida de 190 días para atención de salud mental y servicios por abuso de sustancias que se presta en un hospital psiquiátrico independiente. El beneficio está limitado por el uso parcial o total previo de un tratamiento de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental y los servicios por abuso de sustancias que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p><i>Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de trasplante con proceso de evaluación requieren autorización previa (aprobación por anticipado) para tener cobertura.	<p>Para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados, se aplicará el costo compartido antes descrito cada vez que lo internen en el hospital. El traslado a otro tipo de centro (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de atención a largo plazo) se considera una nueva hospitalización. Para cada hospitalización, tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de conformidad con las reglas del plan.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>
<p>Estadía para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes hospitalizados no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía para pacientes hospitalizados no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras usted está en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios del médico.• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio).	<p>No hay copagos adicionales para los servicios hospitalarios agudos para pacientes hospitalizados cuando es reingresado a un centro con el que tenemos contrato durante un período de beneficios o en un plazo de 60 días desde la última alta.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que visita un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<ul style="list-style-type: none">• Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos materiales y servicios técnicos.• Apósitos quirúrgicos.• Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones.• Prótesis y equipos de órtesis (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o que reemplazan en forma total o parcial la función de un órgano del cuerpo que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos equipos.• Aparatos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en la condición física del paciente.• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	<p>recibido atención para pacientes hospitalizados en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital (o a un SNF) luego de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>Es posible que deba pagar hasta el copago máximo de atención para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios.</p> <p>Si obtiene atención médica autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no forma parte de la red una vez que su condición de emergencia se ha estabilizado, su costo es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis), o que hayan sido sometidas a un trasplante renal cuando sean referidas por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de terapia individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y, en lo sucesivo, 2 horas por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden médica de un médico. El médico debe recetar estos servicios y</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los asegurados elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
renovar la derivación todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, en inglés) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención de cambios del comportamiento de salud estructurado que brinda capacitación práctica en cambios de alimentación a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias para solucionar problemas a fin de superar los desafíos de bajar de peso y lograr un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los asegurados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras recibe servicios de un médico, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes por imágenes y pruebas 	Coseguro del 0% del costo para medicamentos recetados y medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada. No hay límite de beneficios para los medicamentos cubiertos por Original Medicare. Además, para la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de atención primaria, los servicios de especialistas o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (como se describe en “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico” o

Servicios que están cubiertos para usted

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

adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes por imágenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento.

- Factores de la coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia
- Medicamentos inmunosupresores/trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si no puede salir de su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique que se debió a la osteoporosis posterior a la menopausia y no puede administrarse usted mismo el medicamento.
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (quien podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.
- Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas

en “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios”, en este cuadro de beneficios), según dónde reciba los servicios de infusión o la administración del medicamento. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo por atención médica

Estos medicamentos recetados están cubiertos en virtud de la Parte B y no tienen cobertura en virtud del programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D); por lo tanto, no se computan para su máximo de bolsillo de la Parte D de Medicare.

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

Servicios que están cubiertos para usted


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

que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, a las 48 horas de la quimioterapia o dentro de estas, o como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.

- Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre
- Medicamentos calcimiméticos en virtud del sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento ora Sensipar®
- Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico y anestesia local
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy glicol-epoetin beta)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades por deficiencia inmunitaria.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)

También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.

El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso Si tiene un índice de masa muscular de 30 o más, cubrimos la terapia intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta terapia está cubierta si la obtiene en un entorno de atención primaria, donde se pueda coordinar con su plan de prevención completo. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad preventivo y la terapia.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento con opioides (OTP, en inglés) que incluye los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para tratamientos con agonistas (MAT, en inglés) y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de los EE. UU.• Despacho y administración de medicamentos para MAT (si corresponde).• Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias.• Terapia grupal e individual.• Pruebas de toxicología.• Actividades de ingesta.• Evaluaciones periódicas.	Copago de \$0 por cada servicio del programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare. Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Radiografías.• Radioterapia (con radio e isótopo) incluidos suministros y materiales técnicos.	Usted paga un copago de \$0 por las radiografías cubiertas por Medicare. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias radiografías.

Servicios que están cubiertos para usted

- Suministros quirúrgicos, como apósitos.
- Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones.
- Análisis de laboratorio.
- Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura para los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada.
- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.

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

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

Usted paga un copago de **\$0** por las visitas de radioterapia cubiertas por Medicare.

Usted paga **\$0** por los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare.

Sus copagos por Servicios para la médula ósea variarán según el tipo y el centro donde se preste el servicio.

Usted paga **\$0** por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Este copago no se aplica a las extracciones de sangre ni a las pruebas de índice internacional normalizado (pruebas de anticoagulantes).

Usted paga un copago de **\$0** por los estudios del sueño y las pruebas de estrés cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de **\$0** por las tomografías computarizadas, los estudios vasculares y las pruebas de capacidad respiratoria cubiertos por Medicare.

Usted paga un copago de **\$0** por imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones y medicina nuclear.

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

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

Usted paga **\$0** por electrocardiogramas.

Usted paga **\$0** por los ECG previos a una cirugía.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
	<p>Usted paga un copago de \$0 por densitometría ósea, escaneo de retina, espirometría, DPN y prueba Quantiflo.</p> <p>Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias pruebas. Si varios proveedores le prestan distintos servicios, se aplicará un costo compartido por separado.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por sigmoidoscopias flexibles no preventivas que se realicen durante una visita como paciente ambulatorio.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser internado o si le pueden dar el alta hospitalaria.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia del estado y por los estatutos del personal hospitalario para internar pacientes en el hospital u ordenar pruebas a pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo</p>

Servicios que están cubiertos para usted

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

paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en el sitio web

<https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> o llamando al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

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

Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios.
- Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital.
- Atención de salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento para pacientes hospitalizados sin esta.
- Radiografías y otros servicios de radiografías facturados por el hospital.
- Suministros médicos, como férulas y yesos.
- Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse

Nota: A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo

Copago de **\$0** por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios o un hospital para pacientes ambulatorios para servicios hospitalarios.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<p>compartido para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico autorizados por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera clínica especializada, asesor profesional con licencia (LPC, en inglés), terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMFT, en inglés), enfermero profesional (NP, en inglés), asistente médico (PA, en inglés) u otros profesionales de la salud mental calificados por Medicare según las leyes estatales correspondientes.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos por el plan incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son provistos en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita de terapia ocupacional/fisioterapia y terapia del habla/del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.
Servicios para el trastorno por uso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias proporcionados por un proveedor o centro que participen en Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables para el tratamiento del alcoholismo y el abuso de sustancias en un centro para pacientes ambulatorios, si los servicios son médicamente necesarios. La cobertura en virtud de la Parte B de Medicare está disponible para servicios de tratamiento que se presten en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes que, por ejemplo, hayan recibido el alta hospitalaria por una hospitalización para el tratamiento de trastorno por consumo de sustancias, o que requieran tratamiento, pero no necesiten la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se prestan en una hospitalización. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas que se aplican en general a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	Copago de \$0 por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare. Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor para saber si usted será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor emita una orden de admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía para paciente ambulatorio. Incluso si permanece una noche en el hospital,	Usted paga \$0 por visita por procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros, endoscopías terapéuticas y de diagnóstico, y cirugías para pacientes ambulatorios realizadas en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<p>igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio.</p>	<p>Consulte “Examen de detección colorrectal” en este cuadro para conocer el costo compartido que debe pagar por los procedimientos de examen de detección colorrectal.</p> <p>Usted no paga ningún copago por cirugía como paciente ambulatorio si lo internan en el hospital por la misma afección dentro de las 24 horas posteriores a un procedimiento o una cirugía como paciente ambulatorio (consulte “Atención en hospital como paciente hospitalizado” en este cuadro para conocer el costo compartido del hospital que se aplica). Si lo mantienen en observación, aun así se aplica el copago.</p> <p>Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> <p>Puede haber costos compartidos separados para los honorarios profesionales.</p>
<p>Medicamentos de venta sin receta (OTC) y suministros</p> <p>Su cobertura incluye artículos, medicamentos y productos de venta sin receta.</p> <p>Puede hacer el pedido: En línea: visite SeniorCarePlus.nationsbenefits.com</p> <p>Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia de los Asegurados de NationsBenefits al (877) 200-4189 (TTY: 711) las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.</p>	<p>Tiene una asignación de \$205 cada trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta sin receta aprobados por el plan.</p> <p>Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral de artículos de venta sin receta cuando realiza su pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficios de artículos de venta sin receta.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted

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

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

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios de cirugía o atención médica, médicamente necesarios, suministrados en el consultorio del médico, centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados certificado, departamento del hospital para pacientes ambulatorios u otro lugar.
- Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista.
- Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su PCP, si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico.
- Servicios de monitoreo en el consultorio de un médico u hospital para pacientes ambulatorios si está tomando medicamentos anticoagulantes como Coumadin, heparina o warfarina (estos servicios también pueden denominarse servicios de “Clínica de Coumadin”).
- Determinados servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. Los servicios específicos de la Parte B que el plan ha identificado como clínicamente apropiados para proporcionar a través de intercambio electrónico cuando el proveedor no esté en el mismo lugar que el afiliado.
- Determinados servicios adicionales de telesalud, lo que incluye: Los servicios de dermatología y atención de urgencia se proporcionan a través del proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus, Teladoc.

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

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

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

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

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

Servicios que están cubiertos para usted

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

- Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita presencial o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de red que ofrezca el servicio a través de telesalud.
- Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para asegurados que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en el hospital, con acceso crítico o no, en un centro de diálisis renal o en el hogar del asegurado
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para asegurados con un trastorno de abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación.
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
 - Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud.
 - Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
 - Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud federalmente calificados
- Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si es que:**
 - Usted no es un paciente nuevo y

Servicios que están cubiertos para usted

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


- El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y
- El control no conduce a una visita en el consultorio en un plazo de 24 horas o a una cita disponible lo antes posible.
- Evaluación de videos o imágenes que usted le envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en el plazo de 24 horas **si es que:**
 - Usted no es un paciente nuevo y
 - La evaluación no conduce a una visita en el consultorio en un plazo de 24 horas o a una cita disponible lo antes posible.
- Consultas que su médico realice con otros médicos por teléfono, Internet o registros de salud electrónicos.
- Segunda opinión [*Insertar si corresponde: de otro proveedor que forma parte de la red*] antes de la cirugía
- Atención dental no de rutina (los servicios cubiertos por el plan están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, a la reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, a la extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los suministrara un médico)

Servicios de podología

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolones de talón).
- Atención de rutina de los pies para asegurados con ciertas afecciones médicas que afecten las extremidades inferiores

Copago de **\$0** por cada visita cubierta por Medicare en el consultorio o en el hogar. Para los servicios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios, como cirugías, consulte Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos suministrados

<p>Servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.</p>
	<p>en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>
<p>Comidas posteriores al alta hospitalaria*</p> <p>Beneficio de comida posterior al alta disponible para los miembros elegibles después del alta de un centro para pacientes hospitalizados, como un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada. El beneficio incluye hasta 2 comidas por día durante 7 días entregadas en el hogar del miembro después del alta de un centro para pacientes hospitalizados con un máximo de 1 semana por alta.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de comidas posteriores al alta</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos por el plan incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen digital del recto. • Prueba del antígeno prostático específico (PSA, en inglés) 	<p>No hay coseguro, copago o deducible por una prueba de PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: prueba, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; tales como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, aparatos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, y</p>	<p>Coseguro del 0% del costo por cada dispositivo protésico y suministro relacionado cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por controles de marcapasos</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
el reemplazo o la reparación de dispositivos protésicos y ortésicos. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte Servicios para la vista más adelante en esta sección para obtener más información.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los asegurados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que posean una derivación de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de \$0 por visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.
Beneficio de recompensas Puede usar su beneficio de recompensas en la tarjeta prepagada Healthy Rewards Mastercard®. Gane hasta \$400 en asignación de recompensas por año. Las recompensas están disponibles para los asegurados que completen actividades específicas relacionadas con la salud durante el año calendario según los criterios de elegibilidad. Las actividades relacionadas con la salud pueden incluir, entre otras: <ul style="list-style-type: none">• Evaluación integral de la salud• Evaluación de riesgos de salud de Medicare (DSNP)• Examen de detección del cáncer de pecho• Examen de detección de cáncer colorrectal• Examen de la retina para diabéticos• Hemoglobina A1c para diabéticos El dinero de sus beneficios puede gastarse en tiendas minoristas participantes. Para obtener una lista completa de los minoristas participantes y los productos elegibles, visite SeniorCarePlus.nationsbenefits.com . Los dólares de	No hay copago ni coseguro para el programa Healthy Rewards. <i>Es posible que se aplique un copago de diagnóstico o del consultorio.</i>

Servicios que están cubiertos para usted

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

recompensa pueden canjearse en cualquier momento siempre y cuando usted sea un asegurado activo de Senior Care Plus.

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

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

Su tarjeta debe activarse antes de usar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en SeniorCarePlus.nationsbenefits.com/activate.

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

También puede encontrar más información en www.SeniorCarePlus.com.



Exámenes de detección y terapia para reducir el abuso de alcohol

Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos inscritos en Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusen del alcohol pero no tengan una adicción.

Si la evaluación para detectar la presencia de abuso de alcohol da positivo, puede obtener hasta 4 sesiones de terapia breves individuales por año (si es competente y está alerta durante la terapia) proporcionadas por un profesional o médico elegible de atención primaria en un entorno de atención primaria.

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

Servicios que están cubiertos para usted

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



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

Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, en inglés) cada 12 meses.

Los asegurados elegibles son los siguientes: personas de entre 50 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes por año y que fumen actualmente, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden para una LDCT durante una visita de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y sea prestada por un médico o un profesional calificado que no sea médico.

Para las evaluaciones de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial de LDCT: el asegurado debe recibir una orden para la evaluación de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser prestada durante cualquier visita adecuada a un médico o profesional calificado que no sea médico. Si un médico o profesional calificado que no sea médico deciden proporcionar una visita de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón para exámenes de detección de cáncer de pulmón subsiguientes con LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.

No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoría y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.



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

Cubrimos los exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de STI cuando un proveedor de atención primaria los ordena. Cubrimos

No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de STI y terapia para STI cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<p>estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones de terapia de conducta de alta intensidad, individuales, de 20 a 30 minutos, por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de STI. Solo cubrimos estas sesiones de terapia como servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y si tienen lugar en un entorno de atención médica básica como el consultorio de un médico.</p>	
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los asegurados a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para asegurados con enfermedad renal crónica en etapa IV referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal para toda la vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente).• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados).• Capacitación de autodiálisis (incluye la capacitación para usted y una persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).• Equipos y suministros de diálisis en el hogar.• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de empleados capacitados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en caso de emergencia, y para	<p>0% por servicios de diálisis de alquiler cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para educación sobre enfermedad renal cubierta por Medicare.</p> <p>Los tratamientos de diálisis mientras es paciente hospitalizado se incluyen en el copago de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>

Servicios que están cubiertos para usted

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

verificar sus suministros de agua y equipo de diálisis).

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información sobre la cobertura para los Medicamentos de la Parte B, ingrese en la sección **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.**

Atención en centros de enfermería especializada (SNF)

(Para acceder a la definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).

Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:


- Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).
- Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que brindan en general los SNF
- Análisis de laboratorio que brindan en general los SNF.
- Radiografías y otros servicios de radiología que brindan en general los SNF.

Copago de **\$0** por día para los días 1 a 100 por una estadía en un centro de enfermería especializada.

Usted está cubierto durante 100 días para cada período de beneficios.


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


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<ul style="list-style-type: none">• Uso de aparatos como sillas de ruedas, que brindan en general los SNF.• Servicios del médico/profesional. <p>Por lo general, recibirá su atención en centros de enfermería especializada que forman parte de la red. No obstante, en ciertas condiciones que se enumeran a continuación, puede recibir atención de un centro que no sea un proveedor que forma parte de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un hogar de atención médica especializada o comunidad de atención continua para personas mayores donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de centro de enfermería especializada)• Un SNF donde viva su cónyuge o pareja de hecho al momento en que usted abandona el hospital.	
 Servicios para dejar de fumar (terapia para dejar de fumar) <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de dejar de fumar mediante terapia dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento mediante terapia incluye hasta cuatro visitas individuales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan ser afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de terapia para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar mediante terapia dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento mediante terapia incluye hasta cuatro visitas individuales.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare.
Ejercicio terapéutico supervisado (SET) <p>El ejercicio terapéutico supervisado (SET, en inglés) está cubierto para los asegurados que tienen enfermedad de las arterias periféricas (PAD, en inglés)</p>	Copago de \$0 por ejercicio terapéutico supervisado cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<p>sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constar de sesiones que duren de 30 a 60 minutos y comprender un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y capacitado en el ejercicio terapéutico para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas. <p>El SET puede tener cobertura si se superan las 36 sesiones en un período de más de 12 semanas; es decir, pueden cubrirse 36 sesiones más durante un período extendido si un proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias.</p>	<p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>
<p>Servicios de transporte</p> <p>Para programar los servicios de transporte, comuníquese con el Servicio al cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003.</p> <p>El beneficio de servicios de transporte se limita a 36 viajes de ida O BIEN a \$1,250 en gastos anuales totales de viaje, lo que ocurra primero.</p>	<p>Copago de \$0 por viaje a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.</p> <p>Máximo de gastos de viaje anuales de \$1,250.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia, ya sea que usted se encuentre</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita de atención médica de urgencia cubierta por Medicare</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<p>temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, que no sea razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.</p>	<p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p> <p>Copago de \$0 por visitas de atención de urgencia móvil contratadas</p>
<p> Servicios para la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya inserción de lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el 	<p>\$0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista).</p> <p>Coseguro del 20% del monto aprobado por Medicare por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular.</p> <p>\$0 por cada examen de la vista de rutina anual.</p> <p>Asignación de hasta \$400 cada año que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Es posible que se cubran servicios adicionales de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios. Los copagos dependen del estado de Medicaid al momento del servicio.
<p>beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).</p> <ul style="list-style-type: none">• Un (1) examen de la vista de rutina por año. <p>Cantidad asignada que se contempla para la compra de un par completo de anteojos o lentes de contacto por año.</p>	
<p> Visita preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre una sola vez la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita, incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas (o inmunizaciones) y derivaciones para otro tipo de atención, en caso de ser necesario.</p> <p>Importante: Nosotros cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> únicamente durante los primeros 12 meses desde su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, comuníquese al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .
<p>Cuidado de las heridas</p> <p>Requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura de 12 visitas por año calendario. Todas las terapias biológicas para la piel y el tratamiento hiperbárico para heridas requieren autorización previa para tener cobertura.</p>	Copago de \$0 por cada visita de terapia para heridas cubierta por Medicare.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan Senior Care Plus Extensive Duals?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por el plan Senior Care Plus Extensive Duals

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

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

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

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

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

Atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Sin cobertura de Medicare.
Servicios de laboratorio	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional.
Tratamiento asistido con medicamentos	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Cobertura limitada de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional.
Servicios de salud mental y abuso de alcohol y sustancias	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional.
Centros de enfermería	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Los servicios no especializados no cuentan con la cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional.
Servicios oculares	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Cobertura limitada de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan para conocer cualquier cobertura adicional.
Servicios de atención personalizada	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Sin cobertura de Medicare.
Servicios del médico.	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Con cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos del plan

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

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

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

Exención para personas con discapacidades físicas	Con cobertura de Medicaid. Puede basarse en su nivel de elegibilidad.	Sin cobertura de Medicare.
---	---	----------------------------

SECCIÓN 4 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

En esta sección, se le informa qué servicios están excluidos por Medicare.

En el cuadro que aparece a continuación, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan de ningún modo o que están cubiertos por el plan únicamente en condiciones específicas.

Si usted necesita servicios que estén excluidos (no cubiertos), tendrá que pagarlos usted mismo, excepto en virtud de las condiciones específicas enumeradas a continuación. Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios aún no se cubrirán y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio es apelado y se decide: según la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o haber cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de la apelación de una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Procedimientos o cirugías cosméticas		<ul style="list-style-type: none"> Cubiertos en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada.

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.</p>	<p>Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia</p>	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales.</p> <p>Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que según Original Medicare no son, por lo general, aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pueden estar cubiertos por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
<p>Tarifas que cobran por la atención provista por sus familiares cercanos o miembros de su familia.</p>	<p>Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia</p>	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p>	<p>Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia</p>	

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

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, como las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas sencillas.	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	
Atención dental no de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un soporte para la pierna y están incluidos en el costo del soporte. Calzado terapéutico u ortopédico para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada como un teléfono o televisor.	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para revertir la esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación manual de la columna

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

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
		vertebral para corregir una subluxación.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de la vista.		<ul style="list-style-type: none"> • El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de la cirugía de cataratas.
Atención de rutina de los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Cierta cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan
para medicamentos recetados de la
Parte D*



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

La mayoría de nuestros asegurados califican y reciben “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted está inscrito en un programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información que se encuentra en esta Evidencia de cobertura acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, denominado Evidencia de cobertura para las personas que reciben la “*Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados*” (también denominado *Anexo para subsidio por ingresos bajos* o la *Cláusula adicional LIS*), que contiene información acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame a Servicio al cliente y pida la *Cláusula adicional LIS*. (Los números de teléfono de Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1: Introducción

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

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

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que le recete) le emita una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El médico que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, tiene que acudir a una farmacia que forma parte de la red para surtir su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O bien puede surtir sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo del plan).
- Su medicamento tiene que estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).

- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldada por ciertos libros de consulta. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

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

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias que forman parte de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en farmacias que no forman parte de la red).

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

Sección 2.2 Farmacias que forman parte de la red

¿Cómo encontrar una farmacia que forma parte de la red en su área?

Para encontrar una farmacia que forme parte de la red, puede consultar el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web www.seniorcareplus.com o llamar a Servicio al cliente.

Usted puede acudir a cualquiera de las farmacias que forman parte de la red.

¿Qué sucede si la farmacia a la que había estado acudiendo deja la red?

Si la farmacia a la que había estado acudiendo deja la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para buscar otra farmacia que forme parte de la red y que se encuentre en su área, puede obtener ayuda del Servicio al cliente o puede utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.seniorcareplus.com.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés). Por lo general, los centros LTC (tales como un hogar de atención médica especializada) tienen su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con el Servicio al cliente.
- Farmacias que brindan un servicio al programa de salud para pueblos indígenas/tribales/urbanos del programa de salud para indígenas (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación para su uso. Para ubicar una farmacia especializada, consulte su Directorio de farmacias www.seniorcareplus.com o llame a Servicio al cliente.

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

Para obtener ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo postal son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.

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

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

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

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

Una vez que la farmacia reciba una receta médica de un proveedor de atención médica, esta se comunicará con usted para consultar si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles si la nueva receta debe enviarse, demorarse o detenerse.

Cómo volver a surtir los medicamentos recetados pedidos por correo. Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está próximo a quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamentos suficientes o si su medicamento ha cambiado.

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

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

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

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando reciba un suministro de medicamentos a largo plazo es posible que disminuyan los costos compartidos]. El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo).

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

Sección 2.5 ¿Cuándo puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Es posible que su medicamento recetado no esté cubierto en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia que no forma parte de la red *solo* cuando usted no pueda acudir a una farmacia que forma parte de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias que forman parte de la red fuera de nuestra área de servicios, donde le pueden surtir sus medicamentos recetados como asegurado de nuestro plan. **Consulte primero a Servicio al cliente** para ver si hay alguna farmacia que forma parte de la red cerca de usted. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia que no forma parte de la red y el costo de lo que cubriríamos en una farmacia que forma parte de la red.

A continuación, mencionamos las circunstancias en las cuales le cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia que no forma parte de la red:

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

¿Cómo pedir un reembolso del plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia que no forma parte de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total en el momento en que surta su medicamento recetado. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar al plan que le devuelva el dinero).

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.**

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

La lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted en virtud de sus beneficios de Medicaid.

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento constituya una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que cumple con *una* de las siguientes condiciones:

- Aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se ha recetado.
- O bien, cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como las de American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre los Medicamentos del Servicio de Formulario de los Hospitales Estadounidenses) y el Micromedex DRUGDEX Information System (Sistema de Información Micromedex DRUGDEX).

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma efectividad que el de marca o producto biológico original y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos disponibles que reemplazan a los medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la “Lista de medicamentos”.

Medicamentos de venta sin receta

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan con la misma eficacia. Para obtener más información, llame a Servicio al cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este manual).

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).
- La Lista de medicamentos no enumera los medicamentos recetados que solo están cubiertos por Medicaid. Comuníquese con Nevada Medicaid para obtener información sobre los medicamentos recetados cubiertos por su plan de Nevada Medicaid.

Sección 3.2 Existen cinco (5) niveles de costos compartidos para medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos

Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos del plan pertenece a alguno de los 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deba pagar usted por el medicamento:

- El nivel 1 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos no preferidos.
- El nivel 3 de costos compartidos incluye los medicamentos preferidos.
- El nivel 4 de costos compartidos incluye los medicamentos no preferidos.
- El nivel 5 de costos compartidos incluye los medicamentos especializados; es el nivel más alto.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que paga por medicamentos en cada nivel de costos compartidos aparece en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene 4 maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos por vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.seniorcareplus.com). La lista de medicamentos que aparece en el sitio web siempre está más actualizada.

3. Llame a Servicio al cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan o llame al Servicio al cliente. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlo y alentar a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted está tomando o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro, de bajo costo funciona médicamente al igual que otro que cuesta más, las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor usen la opción de menor costo.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

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

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo.

Comuníquese con el Servicio al cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar primero un medicamento distinto

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos que cuestan menos, pero que suelen tener la misma efectividad, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, pero el medicamento A cuesta menos, el plan puede requerir que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina **terapia escalonada**.

Límites que rigen la cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamentos que puede obtener cada vez que le surten un medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, nosotros podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a solo una pastilla por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como a usted le gustaría?

Sección 5.1. Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que usted desea
--

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que usted tome, o uno que usted y su proveedor consideren que usted debería tomar, que no aparece en nuestro formulario o que aparece, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto. O quizá está cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que usted desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales de la cobertura para dicho medicamento, según lo explicado en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que cree que debería ser.

- Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer al respecto.**
- **Si su medicamento se encuentra en el nivel de costos compartidos que provoca que sus gastos sean más costosos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer al respecto.**

Sección 5.2	¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?
--------------------	---

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si está restringido, estas son las opciones:

- Quizá pueda obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Quizá pueda obtener un suministro provisional.

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le ofrece tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio.

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

- Si es un nuevo asegurado, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de ser asegurado del plan.
- **Si estaba en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro provisional será para un máximo de **30 días**. Si la receta médica es por menos días, permitiremos varios surtidos para proveer un suministro máximo de **30 días** del medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia que forma parte de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proveer el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos asegurados que han estado en el plan por más de 90 días y que se encuentran en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

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

- Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y que se compran en una farmacia que forma parte de la red. La transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no sea un medicamento de la Parte D o un medicamento que no forma parte de la red, a menos que cumpla con los requisitos para el acceso que no forma parte de la red.

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

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

1) Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicio al cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esto puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione en su caso.

2) Puede pedir que hagan una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es un asegurado y el medicamento que usted toma se eliminará del formulario o se restringirá de algún modo el año próximo, le notificaremos cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio sea efectivo.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 podrá encontrar información sobre lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límites que Medicare ha establecido para asegurar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre a principio de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

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

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si su cobertura cambia respecto de un medicamento que toma?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante el año del plan actual

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferir el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento será en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor y en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y comunicárselos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos retirando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el cambio específico que realizamos.]

[Todos los patrocinadores del plan deben incluir el resto de esta sección.]

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferirlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La versión del medicamento que agreguemos será en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor y “en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor” y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Retirada de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar los cambios.

- **Realización de otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona que le receta el medicamento sobre las opciones que serían más adecuadas para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona que extienda la receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

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

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

- Si agregamos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Si quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

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

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se informa qué tipos de medicamentos recetados están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

A continuación, se enumeran tres reglas generales acerca de medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta sin receta).
- Medicamentos para fomentar la fertilidad.
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas de resfrío.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.

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

- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante desea requerir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta.

Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa Medicaid estatal para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Podrá encontrar números de teléfono e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 **Cómo surtir una receta**

Sección 8.1 **Proporcione su información de participación**

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

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

Si no tiene su información de participación del plan consigo cuando surta el medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o puede solicitar a la farmacia que busque la información de inscripción del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo completo del medicamento recetado cuando lo retire.** (Luego puede solicitar que le reembolsemos. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 **¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía que está cubierta por el plan?**

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando estos cumplan con todas las reglas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es un residente en un centro de atención médica a largo plazo (LTC)?

Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo (LTC), como los hogares de atención médica especializada, tienen su propia farmacia, o usan una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que use, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

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

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

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare y requiere un medicamento determinado (por ej., para las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no está cubierto por su centro para pacientes con enfermedades terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan tiene que recibir notificación de la persona que emite la receta o de su proveedor del centro para pacientes con enfermedades terminales que establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento que debería estar cubierto por nuestro plan, solicite a su proveedor del centro para pacientes con enfermedades terminales o al profesional que le receta que nos envíe la notificación antes de que surtan su receta.

En caso de que revoque la elección de su centro para pacientes con enfermedades terminales o que le den el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explicó en este documento. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare, lleve a la farmacia documentación para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos en forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros asegurados con el fin de asegurarnos de que obtengan una atención adecuada y segura.

Realizamos una revisión cada vez que surte un medicamento recetado. Asimismo, revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores relacionados con los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

Si observamos un posible problema en cómo usa los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para que los asegurados usen los medicamentos opioides de manera segura
--

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que nuestros asegurados usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que generalmente se abusa. Este programa se denomina Programa de manejo de medicamentos (DMP, en inglés). Si usa medicamentos opioides que le suministran diversos profesionales que emiten recetas o varias farmacias, o si usted tuvo una sobredosis reciente de medicamentos opioides, podemos hablar con sus profesionales que emiten recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que el uso de los medicamentos opioides con receta o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

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

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

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un profesional que emite recetas o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que emiten recetas o farmacias prefiere usar, y comunicarnos cualquier otro tipo de información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona que emite la receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente externo a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

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

Sección 10.3 Programa de gestión de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos

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

Algunos asegurados que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un monto específico de costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los asegurados a usar sus medicamentos opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través del programa de gestión de terapias con medicamentos (MTM). Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También

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

obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, cuanto debe tomar y cuándo y por qué los toma. Además, los asegurados que estén en el programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en dicho programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, comuníquese con el Servicio al cliente.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados
de la Parte D*

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

La mayoría de nuestros asegurados califican y reciben “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted está inscrito en un programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información que se encuentra en esta Evidencia de cobertura acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, denominado Evidencia de cobertura para las personas que reciben la “*Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados*” (también denominado *Anexo para subsidio por ingresos bajos* o la *Cláusula adicional LIS*), que contiene información acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame a Servicio al cliente y pida la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1: Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos el término **medicamento** en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Además, es posible que algunos medicamentos excluidos estén cubiertos por nuestro plan si ha adquirido cobertura complementaria de medicamentos.

Para entender la información sobre el pago, es necesario que conozca qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio al cliente.

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

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

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

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

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de cobertura para medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como asegurado de un plan de medicamentos recetados de Medicare antes de haberse inscrito en nuestro plan.

Efectivamente importa quién paga:

- Si **usted** realiza estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- *Estos pagos* también se incluyen **si son realizados en su nombre por** otras personas u organizaciones. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia de medicamentos para el sida o por un programa estatal de asistencia farmacéutica que esté acreditado por Medicare, un empleador o plan de salud sindical, TRICARE o por el Servicio de Salud para Indígenas. También están incluidos los pagos realizados por el Programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

Pase a la Etapa de cobertura para casos catastróficos:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de lapso en la cobertura a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Los medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan
- Los medicamentos que obtenga en una farmacia que no forma parte de la red y que no cumplan con los requisitos del plan respecto de la cobertura que no forma parte de la red
- Pagos de sus medicamentos realizados por la Administración de Salud de Veteranos (VA en inglés)
- Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los gastos de los medicamentos con receta (por ejemplo, el seguro de indemnización de trabajadores)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuento de fabricantes

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las indicadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo respecto de los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando al Servicio al cliente.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios* (EOB en inglés) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,000, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se brinda información sobre lo que puede hacer para ayudar a que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de cobertura para medicamentos de los asegurados del <i>plan Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)</i>?
--------------------	--

Hay tres **etapas de pago para medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare conforme al plan *Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)*. Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre al momento en que surte un receta o vuelve a surtirlo. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de cobertura para casos catastróficos

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

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de cobertura se encuentra

Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D)</i>
--------------------	--

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha realizado cuando surte sus medicamentos recetados o vuelve a surtirlos en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando pase de una etapa de cobertura para medicamentos a la próxima. En particular, hay dos tipos de costos que seguimos:

- Hacemos un seguimiento de lo que ha pagado. Esto se denomina **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP en inglés).

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

- Hacemos un seguimiento de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** En este informe, se proporcionan los detalles de pago de los medicamentos recetados que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información hasta la fecha. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre incrementos en el precio desde la primera vez que lo surtió para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Alternativas disponibles de medicamentos recetados de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta, si corresponde

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta:

- **Muestre su tarjeta de asegurado cuando surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de saber qué medicamentos recetados está surtiendo y qué está pagando.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus gastos de bolsillo, puede suministrarnos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia que forma parte de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando hace un copago por medicamentos que se proveen en virtud de un programa de asistencia al paciente que ofrezca el fabricante del medicamento.

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

- Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias que no forman parte de la red o en otras oportunidades en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hayan hecho en su nombre.** Los pagos hechos por ciertos individuos y organizaciones también cuentan dentro de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, por lo que la Etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda adicional”, el monto de su deducible depende del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Usted:

- No pagará un deducible
- --o-- Pagará un deducible de \$104 o \$590.

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

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Su **costo total** en general es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

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

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

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

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento recetado y dónde lo surta.

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

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

- El nivel 1 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos no preferidos.
- El nivel 3 de costos compartidos incluye los medicamentos preferidos.
- El nivel 4 de costos compartidos incluye los medicamentos no preferidos.
- El nivel 5 de costos compartidos incluye los medicamentos especializados; es el nivel más alto.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted obtiene el medicamento en uno de los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista que forma parte de la red.
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias que no forman parte de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos los medicamentos recetados surtidos en farmacias que no forman parte de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

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

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan www.seniorcareplus.com.

Sección 5.2 Tabla que le muestra sus costos por un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento
--

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo estándar (suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (LTC, en inglés) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información) (suministro de hasta 30 días)
Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 - \$4.90 por receta médica**	\$0 - \$4.90 por receta médica**	\$0 - \$4.90 por receta médica**	\$0 - \$4.90 por receta médica**
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos)	\$0 - \$4.90 por receta médica**	\$0 - \$4.90 por receta médica**	\$0 - \$4.90 por receta médica**	\$0 - \$4.90 por receta médica**

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo estándar (suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (LTC, en inglés) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información) (suministro de hasta 30 días)
Costo compartido del nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0-\$12.15 por receta médica**
Costo compartido del nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**
Costo compartido del Nivel 5 (medicamentos especializados)	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**

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

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

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

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. En ocasiones, quizá usted o su médico deseen obtener un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). Asimismo, puede pedir a su médico que le recete, y al farmacéutico que le surta, un suministro de menos de un mes completo de un medicamento si esto lo ayuda a planear de mejor manera las fechas en las que deberá volver a surtir diferentes recetas.

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

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

Sección 5.4 Tabla que le muestra sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 90-100 días) de un medicamento
--

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)
Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 - \$4.90 por receta médica**	\$0 - \$4.90 por receta médica**
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos)	\$0 - \$4.90 por receta médica**	\$0 - \$4.90 por receta médica**
Costo compartido del nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**
Costo compartido del nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)	\$0 - \$12.15 por receta médica**	\$0 - \$12.15 por receta médica**
Costo compartido del Nivel 5 (medicamentos especializados)	No hay disponible un suministro a largo plazo de medicamentos del nivel 5	No hay disponible un suministro a largo plazo de medicamentos del nivel 5

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcance No aplicable

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a realizar un seguimiento respecto de la cantidad que usted, el plan, así como cualquier tercero, hayan pagado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo no aplicable en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si efectivamente alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará al Lapso en la cobertura para casos catastróficos. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de la cobertura para casos catastróficos, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

- Usted ingresa a la Etapa de cobertura para casos catastróficos cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Para los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicio al cliente para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

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

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

- 1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, en inglés).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Como alternativa, un proveedor puede administrársela en el consultorio del médico.

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

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitarle al plan que le reembolse su parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia que forma parte de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para las otras vacunas de la Parte D, deberá pagar a la farmacia el costo de la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total del servicio. Luego puede pedirle a nuestro plan que

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

pague su parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
una factura
que recibió por servicios médicos
o medicamentos cubiertos*

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

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

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

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

A continuación, indicamos algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le realice un reembolso o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de urgencia o de emergencia por parte de un proveedor que no forma parte de nuestra red del plan

Puede recibir servicios de emergencia o urgencia por parte de cualquier proveedor, independientemente de que forme o no parte de nuestra red. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, solicítenos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura por parte de un proveedor en la que se solicita un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.

- Si ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero.

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

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

- Solo debe pagar sus costos compartidos cuando obtiene servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen otros cargos adicionales, denominados **facturación de saldos adicionales**. Esta protección (nunca pagará más que el costo compartido) rige incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de proveedores. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos sus servicios cubiertos *O* la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba en virtud del plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan se hace en forma retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Es posible que la fecha de la inscripción haya tenido lugar, incluso, el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó de su bolsillo servicios y medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentos como recibos y facturas para que gestionemos el reembolso.

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en una farmacia que no forma parte de la red y el monto de lo que pagaríamos en una farmacia que forma parte de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de asegurado con usted

Si no tiene la tarjeta de asegurado con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado. Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

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

Es posible que por alguna razón el medicamento no esté cubierto, por lo que usted pagará el costo completo de la receta.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos del plan, o bien, podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o que no pensaba que se aplicaba a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico, a fin de reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe tener cobertura. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería tener cobertura, pagaremos el costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Para garantizar que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (SeniorCarePlus.com) o llame a Servicio al cliente y solicite el formulario.

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

Senior Care Plus
10315 Professional Circle
Reno, NV 89521

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

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o el medicamento
--

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos el servicio o medicamento. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso por correo postal. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si no ha pagado el servicio o el medicamento aún, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo postal.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no estamos enviando el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación
--

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

Nuestro plan tiene servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de asegurados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si es necesario. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que funciona para usted, comuníquese con el Servicio al cliente.

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

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

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

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que proporcione y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar un especialista de la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No exigimos que obtenga una derivación para consultar a proveedores que formen parte de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red del plan de los proveedores *dentro de una cantidad de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de los especialistas cuando necesita tal atención. También tiene derecho a poder surtir o volver a surtir sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está obteniendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 encontrará información al respecto.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal como lo exigen estas leyes.

- Su información de salud personal incluye **información personal** que nos brindó cuando se inscribió en este plan además de su historial clínico y otra información médica y sobre su salud.
- Tiene derechos relacionados a su información y a controlar cómo se usa su información de salud. Le brindamos una notificación por escrito, llamada *Aviso de prácticas de privacidad*, que habla acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a, ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no le brinde atención o no pague por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.
- Hay ciertas excepciones que no nos requieren obtener en primer lugar un permiso por escrito suyo. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a difundir información de salud a agencias gubernamentales que estén comprobando la calidad de atención.

- Puesto que es un asegurado de nuestro plan por medio de Medicare, tenemos la obligación de darle a Medicare información de salud sobre usted que incluye información acerca de los medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare difunde su información para investigaciones u otros usos, esto se llevará a cabo según los estatutos y regulaciones federales. En general, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

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

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan, y de obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita hacer eso, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con las demás personas por algún motivo que no sea el de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al cliente.

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

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

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

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

cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención
--

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

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

También tiene derecho a participar en su totalidad en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con su médico acerca del mejor tratamiento para usted, entre sus derechos se incluyen los siguientes:

- **Conocer todos los detalles sobre sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar lo que cuesten o si están cubiertos o no por su plan. También incluye que le informen acerca de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos y tomarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto que, si se niega a recibir el tratamiento o a tomar los medicamentos, usted será responsable por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de su decisión.

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

En ocasiones, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se llegase a encontrar en esa situación. Eso significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que alguna vez no pueda ser capaz de tomar las decisiones usted mismo.

- **Proporcionar instrucciones por escrito a su médico** sobre cómo desea que administre su atención médica en caso de que usted llegue a perder la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Existen distintos tipos de directivas anticipadas y distintos nombres para cada una de ellas. Los documentos llamados **testamentos en vida** y **poderes para decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una **directiva anticipada** para dar instrucciones, deberá hacer lo siguiente:

- **Conseguir el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada, de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios para directivas anticipadas en organizaciones que brindan información acerca de Medicare.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Sin importar dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que consiga un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Le recomendamos que les entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario que puede tomar las decisiones en caso de que no pueda hacerlo usted. También le recomendamos que entregue copias a sus amigos más cercanos o sus familiares. Conserve una copia en su casa.

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

- En el hospital le preguntarán si tiene algún formulario de directiva anticipada firmado y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado ninguna directiva anticipada, en el hospital podrán proporcionarle los formularios y le preguntarán si desea firmar alguno.

Recuerde, es usted quien decide si desea completar una directiva anticipada (es más, será usted quien decida si desea firmar alguna cuando se encuentre en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

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

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

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

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

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado deshonestamente o que sus derechos no están siendo respetados?

Si es un tema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

¿Es sobre algún otro tema?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y que *no* es un tema de discriminación, usted podrá obtener ayuda para tratar el problema:

- Puede **llamar a Servicio al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Existen muchos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones con Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan

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

- **Familiarícese con los servicios cubiertos por el plan y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto por el plan y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 encontrará detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, encontrará los detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos recetados que no sea nuestro plan, es necesario que nos lo comunique.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Avíseles a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de asegurado y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o adquiera sus medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y seguir las instrucciones sobre su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con su médico.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Contamos con que todos nuestros asegurados respeten los derechos de los demás pacientes. También contamos con que actúe de forma que colabore con el funcionamiento sin problemas del consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas.

- **Pague lo que deba.** Como asegurado del plan, es su responsabilidad realizar los pagos por los siguientes servicios:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Usted tiene que seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo un asegurado del plan.
 - Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a que sus ingresos aumentaron (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para poder seguir estando asegurado por el plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de asegurado al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir estando asegurado por nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

Derechos y responsabilidades

Como asegurado, usted tiene derecho a:

- 1. Derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.**
- 2. Derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.**
- 3. Derecho a participar con profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.**
- 4. Mantener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.**
- 5. Derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que proporciona.**
- 6. Derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los asegurados de la organización.**
- 7. Responsabilidad de proporcionar la información (en la medida de lo posible) que la organización y sus médicos y proveedores necesitan para brindar atención.**
- 8. La responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con sus médicos.**

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

Nuestra filosofía de atención médica

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

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

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1: Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud
--

En este capítulo, se explican los procesos para tratar problemas e inquietudes: El proceso que emplea para manejar su problema depende de dos aspectos:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si emplear el proceso de Medicare o Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio al cliente.
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, usted deberá recurrir al **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, usted tendrá que recurrir al **proceso de presentación de quejas**, también llamado queja formal.

Estos procesos han recibido la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

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

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

Existen términos legales para algunos procedimientos, reglas y tipos de fechas límites descritos en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, aparece presentar una queja en lugar de presentar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, o determinación de cobertura o determinación en riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- Además, se utiliza la menor cantidad posible de abreviaciones.

Sin embargo, es posible que sea útil, y en ocasiones bastante importante, que conozca los términos legales adecuados. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más precisa para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para tratar los tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

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

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

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos deberá utilizar para tratar el problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Podrá encontrar los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

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

Método	Nevada Medicaid
LLAME	877-638-3472 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Nevada Medicaid 1100 East William Street Suite 101

Método	Nevada Medicaid
	Carson City, NV 89701
SITIO WEB	https://dhcftp.nv.gov/

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Debido a que tiene cobertura de Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede emplear para manejar su problema o queja. El proceso que emplee depende de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o sobre los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe emplear el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe emplear el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si emplear el proceso de Medicare o Medicaid, comuníquese con el Servicio al cliente.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, consulte el siguiente cuadro.

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

Si desea obtener ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con el Servicio al cliente.

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

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare**.

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

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid**.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? Debería, en cambio, usar el proceso de presentación de quejas?
--------------------	--

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo relacionada con los problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, use este cuadro:

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

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

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Salte a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes**.

SECCIÓN 5 Guía de los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para su atención médica (artículos y servicios médicos y medicamentos

recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa este proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para tratar problemas con respecto a si algo está o no cubierto y la forma en que lo está.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que el médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted y su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionar atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura se rechazará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de casos en que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto, o que perdió la cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión, podrá presentar una apelación.

Presentar una apelación

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

El momento en que apela una decisión por primera vez se llama apelación de nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión tomada para verificar que hayamos seguido todas las reglas de forma adecuada. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de casos en que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos

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

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

Si nuestra respuesta es negativa para toda o alguna parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su caso pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es presentada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

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

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

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

- Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio al cliente y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.seniorcareplus.com.) El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted desee que actúe en su representación. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
- Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o finalizar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito donde se explicará su derecho a pedir a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado, o bien averiguar el nombre de un abogado de su colegio local de abogados u otro servicio de derivaciones. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratis si usted cumple con los requisitos. No obstante, **no está obligado a contratar a un abogado** para pedir una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación?

Hay cuatro diferentes situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, brindamos los detalles de cada una en otra sección:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Servicio al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno como el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud.

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

Sección 6.1	En esta sección se describe qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reintegremos el costo de su atención
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, aplican reglas diferentes a una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué aspectos las reglas correspondientes a los medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en una de estas cinco situaciones:

1. Si no recibe cierta atención médica que desea, y cree que nuestro plan la cubre. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desee darle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que el plan debería cumplir, pero hemos dicho que no pagaremos esa atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que el plan debería cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esa atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le dicen que la cobertura para cierta atención médica que ha recibido y previamente estaba aprobada se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

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

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

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

- Solo puede *solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago para artículos o servicios ya recibidos).
- *Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo si usar las fechas límite estándar puede causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad de funcionar.*
- **Si su médico nos informa que su salud exige una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)

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

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

- **No obstante**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda representar una ventaja para usted, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

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

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

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel

Términos legales

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

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

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

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

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere de una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida que se menciona en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo, explique el motivo por el que presentó tarde su apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.** Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.

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

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

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del plazo extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones en forma automática, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que todavía no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - **No obstante**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de la fecha límite anterior, (o al final del plazo extendido) remitiremos su solicitud al Nivel 2 de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza la totalidad o parte de su apelación, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de nivel

Términos legales

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

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

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para fundamentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe responder su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** desde el momento en que recibe su apelación.
- No obstante, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación.

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

- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** del momento en que reciba su apelación.
- No obstante, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**, o brindar el servicio **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándar**, o proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándar** o **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en la que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **defender la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Que explica su decisión.
 - Que le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita cumple con un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Explica cómo presentar una apelación de nivel 3.

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o mediador legal. La Sección 10 de este capítulo explica los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso de dicho proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto por el plan. También verificaremos si siguió todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud:** Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo usualmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario, después de recibir su solicitud. Si usted no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si no aprobamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o si *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos solicita modificar la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

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

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reintegremos el pago de atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de los 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación

posterior al nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* en cada oportunidad. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

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

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

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos la exención de una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede recibir). **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos superior. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

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

- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos que le realicemos un reintegro. Sección 7.4.**

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

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

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedirnos la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento también se denomina solicitud de una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina pedir una **excepción en los niveles**.

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se le apruebe la excepción. A continuación, encontrará tres ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden pedirnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no aparezca en nuestra Lista de medicamentos.** Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos, usted tendrá que pagar el monto del costo compartido que se aplique a los medicamentos de *Nivel 4* para medicamentos de marca. No puede pedir una excepción a un monto de costo compartido que nosotros le exijamos pagar por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y eximir una restricción, puede pedir una excepción al monto de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
- 3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos pertenece a uno de los

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

niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo es el nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas ya sean genéricas o de marca para tratar su afección.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de niveles y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones**Su médico nos debe informar los motivos médicos**

Su médico u otra persona que le receta deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que se solicita una excepción. Para agilizar la decisión, incluya esta información médica de su médico u otra persona que le receta cuando solicite la excepción.

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

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, generalmente, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico siga

recetándole el medicamento y que ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión al presentar una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--

Términos legales

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

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

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

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

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar puede causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico o la persona que emite la receta nos informa que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o la persona que receta, decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de recibida.

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

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.seniorcareplus.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

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

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son los motivos médicos para la excepción. Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. O bien su médico u otra persona que receta pueden informarnos acerca de dichos motivos por teléfono y posteriormente enviarnos una declaración por escrito por fax o correo en caso de que sea necesario.

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

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- En general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

- En general, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

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

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel

Términos legales

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

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

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

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

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que emite la receta deben decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida, que se mencionan en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 888-775-7003.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés)*, que está disponible en nuestro sitio web SeniorCarePlus.com. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo, explique el motivo por el que presentó tarde su apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar

su apelación. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, repasamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o la persona que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

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

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

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes en caso de que aún no haya recibido el medicamento y su problema de salud exigiera que lo hagamos.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de los 7 días calendario, debemos remitir su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones; en ese caso, una organización de revisión independiente se encargará de revisar su solicitud. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, tenemos que proporcionar la cobertura con la rapidez que su salud exija, como máximo, antes de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

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

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

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

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

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

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación del Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para fundamentar su apelación.

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

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

Fechas límite para la apelación rápida

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

Fechas límite para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que todavía no recibió. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Para apelaciones rápidas:

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

Para apelaciones estándar:

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

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

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

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

- Que explica su decisión.
- Que le notifica sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva.
- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de decisión de nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o mediador legal. La Sección 10 de este capítulo, brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando es hospitalizado, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted en la preparación para el día en que reciba su alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha del alta**.
- Una vez que se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los dos días calendario de haber sido admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si usted no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si

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

necesita ayuda, llame a Servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** sobre la decisión de darle el alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legítima de pedir una postergación en su fecha de alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante un período más prolongado.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se les pedirá a usted o a una persona que lo represente que firme el aviso.
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Conserve una copia del aviso a mano, para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso con más de dos días calendario de anticipación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada de su alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios como paciente hospitalizado durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al cliente. O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente adecuada para usted.

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

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le explica cómo comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, tiene que comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y debe hacerlo **antes de la medianoche del día en que reciba el alta hospitalaria.**
 - **Si usted cumple con esta fecha límite,** se le autoriza a permanecer en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo,** comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba *después* de su fecha prevista de alta.

Cuando solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado del alta.** Este aviso le brinda su fecha de alta prevista y explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso detallado de alta llamando a Servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). Asimismo, puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico, y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo posterior al día en que tenga toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es **afirmativa**, **debemos seguir suministrando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que, para ellos, su fecha prevista de alta es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, *es posible que deba pagar el costo total* de la atención hospitalaria que reciba *después* del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

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

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación.

Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al **nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante la apelación de nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su hospitalización después de su fecha de alta prevista.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizaba su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán otra vez cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación de nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión acepta:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día posterior al día del rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura de su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

En caso de rechazo de la organización de revisión:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de decisión de nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o mediador legal. En la Sección 10 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo pedimos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección trata sobre tres servicios solamente:* Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

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

Cuando decidamos que es el momento de interrumpir la cobertura de uno de los tres tipos de atención, tenemos que informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida.** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre el momento de interrupción de su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. El aviso le informa:
 - La fecha en la cual dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **Se le pedirá a usted o a una persona que lo represente que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir su atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--

Si desea solicitar que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al cliente. O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2).

Actúe de inmediato:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia* indicada en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, aún es posible que tenga derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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

Términos legales

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico, y revisará la información que nuestro plan les haya entregado.
- Al finalizar el día, los revisores nos informan su apelación y usted recibirá una **Explicación detallada de la no cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del día posterior al día en que tienen toda la información que necesitan, los revisores le informan su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dan una respuesta afirmativa?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **tenemos que seguir brindando sus servicios cubiertos por el plan mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones sobre sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dan una respuesta negativa?

- Si los revisores dan una respuesta *negativa*, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

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

- Si los revisores rechazan su apelación de nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que ha finalizado la cobertura de la atención, podrá presentar una apelación de nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante la apelación de nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, o atención de un centro de enfermería especializada, o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su apelación de Nivel 1. Podría solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizaba su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán otra vez cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

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

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tiene que continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

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

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proseguir al siguiente nivel de apelación, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de decisión de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o mediador legal. En la Sección 10 de este capítulo, ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo seguir con su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, pudiera proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menos que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba en su apelación de nivel 2 explicará cómo solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador legal que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de la decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o mediador legal.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4, con los documentos adjuntos correspondientes. Podemos esperar a la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**

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

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de la decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con la apelación de Nivel 5.

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

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

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con cierto nivel de monto en dólares, puede proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba en su apelación de nivel 2 explicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador legal que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o mediador legal **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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

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

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

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con calidad de atención, tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted?• ¿Está disconforme con nuestro Servicio al cliente?• ¿Cree que le recomiendan abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para concertar citas, o espera demasiado para conseguir una?• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O lo han hecho nuestro Servicio al cliente u otros miembros del personal del plan?<ul style="list-style-type: none">○ Los ejemplos incluyen esperas prolongadas por teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando se surte un medicamento.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que le brindamos	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le dimos un aviso requerido?• ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none">• Si nos solicitó una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y le respondimos que no, puede presentar una queja.• Si cree que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o apelación, puede presentar una queja.• Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos y servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.• Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 **Cómo presentar una queja**

Términos legales

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

Sección 11.3 **Paso a paso: Cómo presentar una queja**

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

- **En general, llamar a Servicio al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicio al cliente le informará. Comuníquese con el Servicio al cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 (solo los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de

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

marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si solicita una respuesta por escrito, presenta una queja formal por escrito o si su queja está relacionada con la calidad de atención, le responderemos por escrito. Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar sus quejas. A esto le llamamos nuestro procedimiento de queja formal de Senior Care Plus. Si elige llamarnos o enviarnos una carta sobre su queja, siga estas instrucciones:
- Para presentar una queja por teléfono, puede comunicarse con el Servicio al cliente al 775-982-3112.
- Para presentar una queja por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección: Senior Care Plus, 10315 Professional Circle, Reno, NV 89521.
- La queja formal debe presentarse dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente. Debemos abordar su queja formal con la rapidez que su caso exija en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de que recibamos su queja. Podemos extender el plazo en hasta 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es lo más adecuado para usted.
- Para presentar una queja relacionada con la calidad de atención, comuníquese con Livanta, BFCC-QIO Program. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Livanta).
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le brindamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama a causa de una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le permitiremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le **responderemos dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su queja, le informaremos el motivo en nuestra respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

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

- **Podrá presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

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

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca del plan *Senior Care Plus Extensive Duals* directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare

Para obtener más información sobre los procedimientos de Medicaid, llame al Servicio al cliente al 775-982-3112 o al número gratuito 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No abrimos los 7 días de la semana todo el año). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su participación en el
plan*

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

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

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su participación.
- También hay situaciones limitadas en que usted no decide finalizar la participación, sino que nosotros se lo exigimos. En la Sección 5, se informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su participación.

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

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

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su participación porque tiene Medicare y Medicaid

- La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden finalizar su participación solo durante ciertos momentos del año. Dado que tiene Medicaid, puede finalizar su afiliación a nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, lo que incluye:
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática); o
 - si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un plazo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para obtener información sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción anual**. En la Sección 2.2, se brinda más información sobre el período de inscripción anual.
- **¿Cuándo finalizará su participación?** Por lo general, su participación finalizará el primer día del mes después de recibida su solicitud de cambio de plan. La inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción anual

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

- El **período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elige mantener su cobertura actual o efectuar cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir uno de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados;
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado;
 - *o bien* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Finalizará su participación en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1.º de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un plazo de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede efectuar *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.º mes de adquisición del derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su participación** finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o al momento en que recibimos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su participación en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior al momento en que el plan de medicamentos recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede finalizar su participación durante el Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, también puede ser elegible para finalizar su participación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede reunir los requisitos para finalizar su participación durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplican a usted. Estos son solo ejemplos; para ver la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de atención médica especializada o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, podría no tener la posibilidad de cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Aviso: En la Sección 2.1, se brinda más información sobre el período de inscripción especial para las personas inscritas en Medicaid.

- **Los períodos de inscripción** varían según su situación.
- **Si descubre que reúne los requisitos para un período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para finalizar su participación por una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

O

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un plazo de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda adicional” por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Su participación finalizará en general el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2, se ofrece más información sobre el período de inscripción especial para las personas inscritas en Medicaid y que cuentan con “Ayuda adicional”.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su participación?

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

- **Llamar al Servicio al cliente.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted 2025*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su participación en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en el plan <i>Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)</i> se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en el plan <i>Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)</i> se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.<ul style="list-style-type: none">○ Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un plazo de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	<ul style="list-style-type: none">• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.• También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción en el plan <i>Senior Care Plus Extensive Duals (HMO D-SNP)</i> cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un plazo de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Nevada Medicaid, comuníquese con Nevada Medicaid al 877-638-3472, TTY 711. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de *Nevada Medicaid*.

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

Hasta que su participación en el plan *Senior Care Plus Extensive Duals* finalice, y comience su nueva cobertura de Medicare, tiene que continuar recibiendo los artículos y servicios médicos y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continuar utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Seguir utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados.**
- **Si, el día en que finaliza su participación, se encuentra hospitalizado, su hospitalización estará cubierta por el plan hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 El plan *Senior Care Plus Extensive Duals* debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su participación en el plan?
--

El plan Senior Care Plus Extensive Duals debe finalizar su participación en el plan si se presenta una de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para estar inscrito en Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está dirigido a personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
 - Si se aleja de nuestra área de servicio por más de seis meses, si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicio al cliente para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan.

- Si ingresa en la cárcel.
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro en el que esté inscrito y que brinde cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
- Si tiene un continuo comportamiento perturbador que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros asegurados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de asegurado para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
 - Si finalizamos su participación por este motivo, Medicare puede ordenar que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan de salud durante *2 meses calendario*
 - Tenemos que notificarle por escrito que tiene *2 meses calendario* para pagar la prima del plan antes de finalizar su participación.
- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede encontrar más información?

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

Sección 5.2 Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud
--

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

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que lo obligan a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su participación en nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su participación en nuestro plan, tenemos que informarle nuestros motivos por escrito. También tenemos que explicar cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su participación.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la normativa creada conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales, y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el cual reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos con base en la raza, etnicidad, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con la presentación de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brinden planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciban fondos federales, y otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el tratamiento desigual, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>

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

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Conforme a la normativa de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, el plan *Senior Care Plus Extensive Duals*, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: Un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

Apelación: Es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe.

Período de beneficios: El modo en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un centro de enfermería especializada luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible del paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: Medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes del medicamento fabrican y venden los medicamentos genéricos, y en general no están disponibles sino hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura para casos catastróficos: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte elegible en su nombre) ha gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Plan para atención de necesidades especiales crónicas: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, en inglés) 422.2., e incluye la restricción de la inscripción basada en agrupaciones de múltiples afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en el Título 42 del CFR 422.4(a)(1)(iv).

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

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

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

Copago: monto que tal vez deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital para pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: el costo compartido se refiere al monto que debe pagar el asegurado cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) monto de deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto fijo de copago que un plan exija cuando reciba un servicio o medicamento específico, o (3) todo monto de coseguro, porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan requiera cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a alguno de los niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deba pagar usted por el medicamento.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta médica a la farmacia y esta le dice que no está cubierto el medicamento recetado conforme a su plan, esa no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirle a su plan y pedirle una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Término que utilizamos para todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura válida para medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare pueden, en general, conservar esa cobertura sin pagar multa si deciden inscribirse más tarde en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: La atención de custodia es atención personalizada suministrada en un hogar de atención médica especializada, centro para pacientes con enfermedades terminales u otro entorno de centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, que pueden brindar personas sin capacitación o habilidades profesionales, incluye ayuda para las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, sentarse, acostarse, levantarse de la cama, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de la gente hace sola, como colocarse gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

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

Tasa diaria de costo compartido: una tasa diaria de costo compartido puede aplicarse cuando su médico le recete menos del suministro del mes completo de ciertos medicamentos para usted y usted deba pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes del medicamento es de \$30 y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, su “tasa diaria de costo compartido” es de \$1 por día.

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

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

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

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

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

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andaderas, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

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

Atención médica de emergencia: se refiere a los servicios cubiertos por el plan
(1) suministrados por un proveedor habilitado para brindar servicios de emergencia y
(2) necesarios para el tratamiento, la evaluación o la estabilización de una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que usted debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como asegurado de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en nuestro formulario (una excepción al formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted solicita, si nuestro plan requiere autorización previa para un medicamento y usted desea que anulemos la restricción de los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

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

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, un medicamento genérico funciona igual que el de marca, y por lo general, cuesta menos.

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

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

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un asegurado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de seis meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para pacientes con enfermedades terminales en su área geográfica. Si elige un centro para pacientes con enfermedades terminales y continúa pagando primas, continúa siendo asegurado de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios además de todos los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización de pacientes – Hospitalización en la cual se lo admite formalmente en el hospital para los servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA, en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado, según su declaración anual de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierta cantidad, pagará el importe de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas inscritas en Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no paga una prima mayor.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa anterior al momento en que sus gastos de bolsillo para el año han alcanzado el monto del umbral de gastos de bolsillo.

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

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un plan de salud único para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad de beneficio completo.

Plan institucional por necesidades especiales (SNP): un plan que inscribe a personas que cumplan los requisitos y que residan en forma continua, o que se espere que residan en forma continua, durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que prestan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros específicos de LTC (o ser propietario de ellos y operarlos).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel institucional de

atención basado en la evaluación del estado. Se hará la evaluación con el mismo recurso de evaluación de nivel de atención del estado respectivo y una entidad que no sea la organización que ofrece el plan estará a cargo de administrarla. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de servicios de vida asistida (ALF, en inglés) contratado si es necesario, para garantizar un suministro uniforme de atención especializada.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Programa de descuento del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Gasto máximo de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Los montos que paga por las primas del plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y por los medicamentos recetados no se contemplan para el gasto máximo de bolsillo. Además del monto máximo de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos un monto máximo de bolsillo para ciertos tipos de servicios. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo de bolsillo correspondiente a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros asegurados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos asegurados alcanzan este monto máximo de bolsillo).

Medicaid (o asistencia médica): Es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

Medicamento necesario: Los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: Es el programa federal de seguro médico destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (en general, con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1.º de enero al 31 de marzo en el cual los asegurados en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces se denomina Parte C de Medicare y es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), ii) un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de costos del Programa Medicare – Un plan de costos del Programa Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) o un Plan Médico Competitivo (CMP, en inglés) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

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

Plan de salud de Medicare: Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada con contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, planes de necesidades especiales, Programas de Demostración/Programas Piloto, y Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE, en inglés).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para cubrir las “interrupciones” (gaps) en Original

Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

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

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los asegurados de nuestro plan pueden obtener beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si son surtidos en las farmacias de nuestra red.

Proveedor que forma parte de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de salud con licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores que forman parte de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y también brindar servicios cubiertos por el plan a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores que forman parte de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden adquirirse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Debe elegir los beneficios complementarios opcionales en forma voluntaria para poder recibirlos.

Determinación de la organización: la decisión que toma nuestro plan sobre si están cubiertos artículos o servicios o el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Tarifa por servicio de Medicare): Original Medicare se ofrece a través del gobierno, no de un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica, de montos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de Estados Unidos.

Farmacia que no forma parte de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a asegurados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias que no forman parte de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se verifiquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro que no forma parte de la red: un proveedor o centro que no tiene un acuerdo con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores que no forman parte de la red son aquellos que no son empleados del plan, ni el plan es su propietario ni el plan los opera.

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

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS, en inglés) para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en la comunidad (en lugar de trasladarlas a un hogar de atención médica especializada) siempre que sea posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un plazo de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que aceptaron atender a asegurados del plan a cambio de un pago de monto específico. Un plan PPO tiene que cubrir todos los beneficios del plan ya sea si se reciben de proveedores que forman o no parte de la red. El costo compartido del asegurado en general será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores que no forman parte de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre su gasto de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores que forman parte de la red (participantes) y un límite mayor sobre su gasto de bolsillo total combinado por los servicios de proveedores que forman parte de la red (participantes) y que no forman parte de la red (que no participan).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y equipos necesarios para reemplazar una parte o función del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO, en inglés): Grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare.

Límites que rigen la cantidad: Recurso administrativo diseñado para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información sobre beneficios y formularios completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del afiliado. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia de lenguaje y habla y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, también es en general el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o enfermero profesional certificado.

Plan Special Needs (de necesidades especiales): Tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica a determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de atención médica especializada o quienes padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: Recurso de utilización que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que podamos cubrir el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI, en inglés): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, que sean discapacitados, ciegos o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicio al cliente del plan Senior Care Plus Extensive Duals

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

Nevada SHIP

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

Método	Información de contacto
LLAME	1-800-307-4444 o 1-877-385-2345
TTY	<p>1-877-486-2048 (Medicare)</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p>
CORREO	<p>División de Servicios para la Vejez y la Discapacidad del Estado de Nevada 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706</p>
SITIO WEB	<p>http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/ o www.accesstohealthcare.org.</p>

Cláusula de divulgación de la PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, en inglés) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación incluya un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.