1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de Cobertura

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como asegurado de Bright Advantage (HMO)

Este manual incluye información sobre su cobertura de servicios de atención médica y medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. En él se explica cómo obtener la cobertura para los servicios de atención médica y medicamentos con receta que necesita. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Bright Advantage (HMO), es ofrecido por BRIGHT HEALTH INSURANCE COMPANY. [Cuando en esta Evidencia de Cobertura dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a BRIGHT HEALTH INSURANCE COMPANY. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Bright Advantage (HMO)].

Los planes de Bright Health son HMO y PPO con un contrato de Medicare. Nuestros SNP también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. Nuestros planes se emiten a través de Bright Health Insurance Company o una de sus afiliadas. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

Contáctese con nuestro Servicio al Asegurado al 1-844-202-4793 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 [1-844-202-4793]). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame al 1-844-202-4793 (TTY: 711).

Nuestro Servicio al Asegurado cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles

para las personas que no hablan inglés.

Este documento podría estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio.

Los beneficios, el deducible y los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

La lista de medicamentos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Pueden aplicarse límites, copagos y restricciones.

Evidencia de Cobertura 2019
Índice

Esta lista de capítulos y números de las páginas son su punto de partida. Consulte la primera página de cada capítulo para encontrar la información que necesita. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado 5

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Incluye información sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de asegurado del plan y cómo mantener al día su registro de participación de asegurado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 24

Explica cómo comunicarse con nuestro plan (Bright Advantage [HMO]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos 43

Explica las cosas importantes que usted debe saber a fin de conseguir atención como asegurado de nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de servicios médicos de la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tenga una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar) 58

Detalla los tipos de atención médica que están cubiertos y no cubiertos para usted, como asegurado de nuestro plan. Explica la parte del costo que le corresponde pagar a usted por la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D 115

Explica las reglas a seguir para obtener sus medicamentos correspondientes a la Parte D. Indica cómo utilizar la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. y cuáles no están cubiertos. Explica los diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Indica dónde puede surtir sus medicamentos con receta. Explica los programas del plan para la seguridad con respecto a los medicamentos y la administración de estos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D 141

Explica las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de lapso en la cobertura, Etapa de cobertura para casos catastróficos) y cómo afectan estas etapas lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los 5 niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le informa qué debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 160

Explica cómo y cuándo debe enviarnos una factura para solicitarnos que le rembolsemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 168

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como asegurado de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que sus derechos no se han respetado.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 182

Explica paso a paso lo que usted, como asegurado de nuestro plan, debe hacer si tiene problemas o preocupaciones.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene dificultades para obtener la atención médica o los medicamentos con receta que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales respecto de su cobertura por los medicamentos con receta y pedirnos que sigamos cubriendo la atención médica en el hospital y ciertos tipos de servicios médicos si considera que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas.

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan 237

Explica cómo y cuándo puede cancelar su participación en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su participación.

Capítulo 11. Avisos legales 246

Incluye notificaciones sobre leyes vigentes y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 249

Explica los términos claves que se utilizan en este manual.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como asegurado

Capítulo 1.Primeros pasos como asegurado

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Bright Advantage (HMO), que es un plan HMO de Medicare 7
Sección 1.2 ¿De qué se trata el manual de *Evidencia de Cobertura*? 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser asegurado de un plan? 8
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué significan la Parte A y la Parte B de Medicare? 8
Sección 2.3 Esta es el área de servicios para el plan Bright Advantage (HMO) 9
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residente legal 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos? 9
Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado del plan: utilícela para conseguir toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos 9
Sección 3.2 *El Directorio de proveedores:* su guía para todos los proveedores que forman parte de la red del plan 10
Sección 3.3 *El Directorio de farmacias:* su guía para las farmacias que forman parte de nuestra red 11
Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos del plan *(Lista de medicamentos)* 11
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Bright Advantage (HMO) 12
Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan? 12

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D? 14
Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa 14
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 15

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 15
Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos? 15
Sección 6.2 ¿Cuál es el monto adicional de la Parte D? 16
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 16
Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D? 16

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 16
Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en las que puede pagarla 17
Sección 7.2 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año? 19

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado el registro de participación de su plan 19
Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que tenemos información precisa sobre usted 19

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal 21
Sección 9.1 Garantizamos que su información médica esté protegida 21

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 21
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Bright Advantage (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta mediante nuestro plan, Bright Advantage (HMO).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. El plan Bright Advantage (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO, en inglés, significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) que está aprobado por Medicare y es administrado por una empresa privada.

La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de atención médica que califica (qualifying health coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el manual de *Evidencia de Cobertura*?

Este manual de *Evidencia de Cobertura* explica cómo obtener su atención médica de Medicare y medicamentos con receta cubiertos mediante nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga como asegurado del plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a los servicios y la atención médica, y a los medicamentos con receta que usted tiene disponibles como asegurado del plan Bright Advantage (HMO).

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 manual de *Evidencia de Cobertura*.

Si se encuentra confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan Bright Advantage (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*, 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 Bright Advantage (HMO) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan Bright Advantage (HMO) después del 31 de diciembre de 2019. También podemos dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare tiene que aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Bright Advantage (HMO) todos los años. Usted puede continuar obteniendo 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 para ser elegible para ser asegurado de un plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Usted tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la sección 2.2 explica la Parte A y la Parte B de Medicare).
- -- *y* -- Viva dentro de nuestra área geográfica de servicios (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- -- *y* -- Sea un ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.
- -- *y* -- No tenga enfermedad renal terminal (ERT), con excepciones limitadas, como si desarrollara ERT cuando ya esté asegurado por un plan que ofrecemos, o si estuviera asegurado por un plan diferente que finalizó.

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

La primera vez que se inscribió en Medicare, recibió información acerca de qué servicios están cubiertos en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare ayuda a cubrir servicios prestados por los hospitales (para los servicios de pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para otros servicios médicos (por ejemplo, para servicios médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (por ejemplo, equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicios para el plan Bright Advantage (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, el plan Bright Advantage (HMO) 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:

- Colorado: Adams, Arapahoe, Boulder, Denver, Douglas, Grand, Jefferson, Summit, Teller, Broomfield

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). 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 Bright Advantage (HMO) si usted no es elegible para seguir estando asegurado según este requisito. Bright Advantage (HMO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado del plan: utilícela para conseguir toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea asegurado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de asegurado para nuestro plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y por los medicamentos con receta que obtiene en las farmacias de la red. También puede mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí presentamos una tarjeta de asegurado a modo de ejemplo para mostrarle cómo sería la suya:

Siempre y cuando esté asegurado por nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y servicios de cuidados paliativos). Se le puede solicitar que muestre su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

He aquí por qué esto es tan importante: si recibe servicios cubiertos por el plan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de asegurado del plan Bright Advantage (HMO) mientras es un asegurado del plan, es posible que deba pagar el costo total.

Si su tarjeta de asegurado está dañada, se le perdió o se la robaron, comuníquese con Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 3.2 *El Directorio de proveedores:* su guía para todos los proveedores que forman parte de la red del plan

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores y suministradores de equipos médicos duraderos que forman parte de nuestra red. **¿Qué significa "proveedores de la red"?**

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, suministradores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier gasto compartido de un plan como pago total. Acordamos que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y suministradores se encuentra disponible en nuestro sitio en https://brighthealthplan.com/medicare.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras es asegurado de nuestro plan debe utilizar los proveedores que participan en la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios que deben prestarse con urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que el plan Bright Advantage

(HMO) autoriza el uso de proveedores que no forman parte de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre los casos de emergencia, la cobertura que no forma parte de la red y la cobertura fuera del área.

Si no tiene copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicio al Asegurado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Puede solicitarle más información a Servicio al Cliente acerca de los proveedores que forman parte de la red, incluidas sus certificaciones.

Sección 3.3 *El Directorio de farmacias:* su guía para las farmacias que forman parte de nuestra red

¿Qué significa “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los asegurados de nuestro plan.

¿Por qué necesita informarse sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red a la que desea acudir.

Habrá cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. Un *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra disponible en nuestro sitio web en https://brighthealthplan.com/medicare. También puede llamar al Servicio al Asegurado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2019 para ver qué farmacias son parte de nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio al Asegurado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar dicha información en nuestro sitio web en https://brighthealthplan.com/medicare. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web le pueden otorgar la información más actualizada acerca de los cambios en las farmacias de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* . La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Se indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan Bright Advantage (HMO). 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 de Bright Advantage (HMO).

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

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan

(https://brighthealthplan.com/drug-search/ma) o llame a Servicio al Asegurado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice los beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe con resumen para ayudarlo a entender y a llevar un registro de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe con resumen se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que pagamos para cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. Capítulo 6 (*Qué paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le proporciona más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y sobre cómo podría ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible, a pedido, un resumen de *la Explicación de Beneficios de la Parte D.* Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Bright Advantage (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual del plan separada por el plan Bright Advantage (HMO). Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto incluido anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Si se inscribió para beneficios adicionales, que también se denominan "beneficios complementarios opcionales", entonces usted paga una prima adicional todos los meses para estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta acerca de las primas del plan, llame a Servicio al Asegurado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Cobertura integral dental $34.00
- A algunos asegurados se les exige pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare la primera vez que fueron elegibles o porque

tuvieron un período continuo de 63 días o más sin una cobertura "válida" de medicamentos con receta. ("Válida" significa que la cobertura de medicamentos debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Para estos asegurados, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o la cobertura de medicamentos con receta válida. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía.
- Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar su inscripción en el plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

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

Nota: Si recibe "Ayuda Adicional" por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima del plan de la Parte D. Puede adeudar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en algún momento después de la finalización del período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más seguidos donde no tuvo una cobertura de la Parte D ni ninguna cobertura de medicamentos con receta válida. Una "cobertura de medicamentos con receta 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 con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o la cobertura de medicamentos con receta válida. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en el plan Bright Advantage (HMO), le informaremos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera la prima de su plan. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de los medicamentos con receta.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

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 en los que no tuvo una cobertura válida para medicamentos con receta, 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 2019, el monto promedio de la prima del plan es de $33.19.
- 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 aquí, sería 14 % multiplicado por $33.19, que da $4.65. Esto debe redondearse a $4.70. 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 del plan puede cambiar todos los años. Si el promedio a nivel nacional de la prima del plan (según lo determinado por Medicare) aumenta, la multa aumentará.
- Segundo, **continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que cuente con los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- 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.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa

Incluso si retrasó la inscripción en un plan que ofrece la cobertura de la Parte D de Medicare cuando calificó por primera vez, a veces, no es necesario que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encontraba en alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya contaba con una cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que una cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Medicare denomina a esto "**cobertura de medicamentos válida**". Tenga en cuenta lo siguiente:

- La cobertura válida puede incluir cobertura de medicamentos de un empleador anterior o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía aseguradora o el departamento de recursos humanos 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: Si recibe un "certificado de cobertura válida" al finalizar su cobertura médica, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos con receta haya sido válida. El aviso debe indicar que usted tuvo una cobertura de medicamentos con receta "válida" que se esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
- Los siguientes *no* son cobertura válida para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre la cobertura válida, consulte su manual *Medicare y Usted 2019*o llame a Medicare, 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.

- Si usted no tenía una cobertura válida, pero no la tuvo durante un periodo de 63 días o menos seguidos.
- Si está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar que se revise la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha consignada en la carta que recibe en la que se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información al respecto (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos?

Sin embargo, algunas personas pagan una suma adicional debido a sus ingresos anuales. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de $85,000 o más para una persona (o personas casadas que presentan la solicitud por separado) o de $170,000 o más para parejas casadas, debe pagar una suma adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D del Programa Medicare.

Si debe 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 y cómo debe pagarla. 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.**

Sección 6.2 ¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) según se informa en su declaración anual de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) supera determinado monto, deberá pagar una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

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

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede solicitar 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 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige que pague el monto adicional y no lo paga, se lo eliminará del plan y perderá la cobertura de los medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

A muchos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare

A muchos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare. Como se explica anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ese motivo, algunos asegurados del plan (aquellas personas que no son elegibles para la Parte A que no tiene

primas) pagan una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los asegurados del plan pagan una prima para la Parte B de Medicare. **Usted tiene que seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo un asegurado del plan.**

Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a su ingreso anual. Esto se denomina Monto de ajuste mensual por ingresos, también conocido como IRMAA. Si sus ingresos son mayores de $85,000 para una persona (o personas casadas que presentan la solicitud por separado) o mayor de $170,000 para parejas casadas, **debe pagar una suma adicional directamente al gobierno (no al plan del Programa Medicare)** por su cobertura de la Parte D del Programa Medicare.

Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

- 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.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte el Capítulo 1, Sección 6 de este manual. También puede visitar https://www.medicare.gov en la web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2019* proporciona información sobre las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare 2019". Esto explica cómo difieren las primas de Medicare de la Parte B y de la Parte D para las personas con ingresos diferentes. Todas aquellas personas inscritas en Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* todos los años en otoño. Aquellas personas que recién se inscribieron en Medicare la reciben dentro del mes posterior a la primera inscripción. Además, puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2019* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas en las que puede pagarla

Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene tres maneras de pagarla. Se lo configurará automáticamente para la Opción 1 (pagar con cheque), a menos que cambie su opción de pago con nosotros. Comuníquese con Servicio al Cliente para informarnos si quisiera modificar su opción existente. (Puede encontrar nuestros números de teléfono en la contraportada de este manual).

Si decide modificar la forma en la que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague puntualmente.

Opción 1: puede pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual por su multa por inscripción tardía de la Parte D. Asegúrese de que su pago sea para Bright Health. Consulte la factura para conocer la dirección postal y otra información. Incluya si número de asegurado en su cheque o giro postal. Todos los pagos deben recibirse en la fecha de vencimiento que aparece en la factura mensual o antes. Si necesita que cambien su factura mensual, llame a Servicio al Asegurado. (Puede encontrar nuestros números de teléfono en la contraportada de este manual).

Opción 2: deducción automática de su cuenta bancaria [Cámara de compensación automatizada (Automated Clearing House, ACH)]

Puede hacer que su multa por inscripción tardía de la Parte D sea retirada de su cuenta bancaria. Para hacerlo, debe completar un formulario de opción de pago de la prima. Puede obtener uno, visitando https://brighthealthplan.com/medicare o comunicándose con el Servicio al Asegurado al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Una vez que haya completado el formulario, envíelo de vuelta a Bright Health.

Las deducciones automáticas se harán el 20 de cada mes. Si el 20 es feriado o fin de semana, la deducción se hará el próximo día laborable después del 20.

Opción 3: puede hacer que se descuente la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede hacer que se descuente la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta modalidad. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Debe pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del 1.° día del mes. Si no hemos recibido el pago de la multa por inscripción tardía antes del 1.° día del mes, le enviaremos una notificación para informarle que su participación en el plan finalizará si no recibimos la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro de 3 meses. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D puntualmente, comuníquese con el Servicio al Asegurado para ver si podemos dirigirlo a los programas que lo ayudarán con la multa. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Si finalizamos su participación debido a que no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, tendrá cobertura médica mediante Original Medicare.

Si finalizamos su participación en el plan debido a que no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, y no tiene cobertura de medicamentos con receta actualmente, es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si pasa más de

63 días sin cobertura de medicamentos "válida", es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras que tenga cobertura de la Parte D).

En el momento que finalizamos su participación, es posible que aún nos deba la multa que no pagó. Tenemos derecho a exigir el cobro del monto de la multa que adeuda. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar el monto que adeuda antes de inscribirse.

Si cree que hemos finalizado su participación por error, tiene derecho a solicitarnos, presentando una queja, que reconsideremos esta decisión. El Capítulo 9, Sección 10 de este manual le informa cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y causó que no pueda pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-844-202-4793 entre las 8 a. m. y las 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (1-844-202-4793). Debe realizar su solicitud en el plazo de 60 días después de la fecha de finalización de su participación.

Sección 7.2 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?

No. No tenemos permitido comenzar a cobrar una 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.° de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si tuvo un período continuo de 63 días o más en que no tuvo cobertura "válida" de medicamentos con receta). Esto ocurre si es elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y reúne los requisitos para recibir la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda adicional"), estará sujeto a la multa por inscripción tardía mensual de la Parte D si en algún momento perdió la cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días o más.

Puede encontrar más información sobre el Programa "Ayuda Adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado el registro de participación de su plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que tenemos información precisa sobre usted

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 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 otra cobertura de seguro médico que tenga (como por ejemplo de su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización del trabajador o Medicaid).
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, como por ejemplo un accidente automovilístico.
- Si ha ingresado en un hogar de atención médica especializada.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su parte responsable designada (como por ejemplo un encargado de los cuidados).
- Si está participando de un estudio de investigación clínica.

Si cambia alguna de esta información, infórmenos llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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.

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga

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. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluye cualquier otro tipo de cobertura de seguro de medicamentos o médica que conocemos. 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 (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Garantizamos que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este manual.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura grupal de salud de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que decide 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 cargos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su actual empleo o en el empleo actual de uno de sus parientes, 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 de edad y es discapacitado y usted o un familiar suyo aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 100 empleados.

  - Si tiene más de 65 años de edad y usted o su cónyuge aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o 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 que haya pagado Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap.

Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar su otra información sobre el seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). 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.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2.Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Bright Advantage (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al Asegurado del plan) 25**

SECCIÓN 2 **Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del Programa Federal Medicare) 31**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 33**

SECCIÓN 4 **Organización para la Mejora de la Calidad (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare). 34**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 35**

SECCIÓN 6 **Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) 36**

SECCIÓN 7 **Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 37**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 41**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 41**

SECCIÓN 1 **Contactos de Bright Advantage (HMO)** (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al Asegurado del plan)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con las reclamaciones, la facturación o si tiene preguntas sobre la tarjeta de asegurado, llame o escriba al Servicio al Asegurado de Bright Advantage (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAMADA	1-844-202-4793. La llamada a este número es gratuita. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 (1-844-202-4793). Las llamadas a este número son gratuitas. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales.
FAX	1-800-325-8115
CORREO	Bright Health Medicare Advantage – Member Services P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
SITIO WEB	www.brighthealthplan.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando decisiones de cobertura 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. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones, quejas*]).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAMADA	1-844-202-4793. La llamada a este número es gratuita. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales.
TTY	711 (1-844-202-4793). Las llamadas a este número son gratuitas. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales.
FAX	Pacientes hospitalizados: 1-888-972-2081 - Pacientes ambulatorios: 1-888-972-2082 Salud conductual: 1-888-972-2076
CORREO	Bright Health Plan Utilization Management 10008 N Dale Mabry Highway Tampa, FL 33618 Attn: UM Prior Authorization Dept

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

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 presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Apelaciones sobre atención médica: Información de contacto
LLAMADA	1-844-202-4793. La llamada a este número es gratuita. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales.
TTY	711 (1-844-202-4793). Las llamadas a este número son gratuitas. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales.
FAX	1-800-894-7742
CORREO	Bright Health Medicare Advantage - Appeals & Grievances P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943

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

Puede presentar una queja ante nosotros o ante uno de nuestros proveedores que forman parte de la red, incluida la queja sobre calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. (Si su problema es por la cobertura o pago de su plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). 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
LLAMADA	1-844-202-4793. La llamada a este número es gratuita. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales.

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
TTY	711 (1-844-202-4793). Las llamadas a este número son gratuitas. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales.
FAX	1-800-894-7742
CORREO	Bright Health Medicare Advantage - Appeals & Grievances P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Bright Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros cuando está buscando decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta 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 para los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAMADA	1-877-878-1676. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día.
TTY	711 (1-877-878-1676). Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día.
FAX	1-855-633-7673
CORREO	Bright Health - Part D Appeals & Exceptions P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.brighthealthplan.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre los medicamentos con receta 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 presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	Apelaciones para los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAMADA	1-877-878-1676. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día.
TTY	711 (1-877-878-1676). Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día.
FAX	1-855-633-7673
CORREO	Bright Health - Part D Appeals & Exceptions P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.brighthealthplan.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias que forma parte de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. (Si su problema es por la cobertura o pago de su plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAMADA	1-877-878-1676. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día.
TTY	711 (1-877-878-1676). Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día.
FAX	1-855-633-7673

CORREO	CVS Caremark Medicare Part D Grievance Dept. P.O. Box 30016 Pittsburg, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Bright Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos un rembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Solicitud para que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Nota: 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 en caso que tenga un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
CORREO	**Reclamaciones médicas:** Bright Health Medicare Advantage - Claims Operations P.O. Box 853960 Richardson, TX 75085-3960 **Reclamaciones de la Parte D:** CVS/Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.brighthealthplan.com/medicare

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 de edad, determinadas personas menores de 65 años de edad 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” [Centers for Medicare & Medicaid Services]). Esta agencia celebra contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAMADA	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.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Esta es la página gubernamental oficial de Medicare. En ella se proporciona información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales relacionados con este. También contiene información sobre hospitales, centros de enfermería, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde la computadora. También puede encontrar los números de contacto de Medicare en su estado. La página de Medicare también contiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare a través de las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** proporciona información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes médicos de Medicare y Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un *valor estimativo* de sus gastos de bolsillo según los diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre el plan Bright Advantage (HMO): • **Infórmele a Medicare acerca de su queja:** puede presentar una queja sobre el plan Bright Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usa esta información para contribuir a la mejora de la calidad de Medicare. Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada local podrá ayudarlo a visitar esta página con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e indicar qué información busca. Allí se encargarán de buscar la información en la página, la imprimirán y se la enviarán. (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).

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) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Colorado, el SHIP se llama Programa de Ayuda sobre Seguros Médicos del Estado de Colorado (SHIP).

El Programa de Ayuda sobre Seguros Médicos del Estado de Colorado (SHIP) es independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que están inscritas en Medicare.

Los consejeros del Programa de Ayuda sobre Seguros Médicos del Estado de Colorado (SHIP) pueden ayudarlo con sus preguntas o sus problemas sobre el programa Medicare. 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 del Programa de Ayuda sobre Seguros Médicos del Estado de Colorado (SHIP) también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan.

Método	Programa de Ayuda sobre Seguros Médicos del Estado de Colorado (SHIP): información de contacto
LLAMADA	1-888-696-7213 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	711
CORREO	SHIP, Division of Insurance, Colorado Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	https://www.colorado.gov/dora/senior-healthcare-medicare

SECCIÓN 4 **Organización para la Mejora de la Calidad** (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare).

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para prestar servicio a los beneficiarios de Medicare en todos los estados. Para Colorado, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO, Organización para la Mejora de la Calidad de Colorado.

KEPRO, la Organización para la Mejora de la Calidad de Colorado, tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare. KEPRO, la Organización para la Mejora de la Calidad de Colorado, es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe contactar a KEPRO, la Organización para la Mejora de la Calidad de Colorado, en 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, atención en centros de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO, Organización para la Mejora de la Calidad de Colorado: información de contacto
LLAMADA	1-888-31-0891 Miércoles: de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semanas y feriados: de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	855-843-4776 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	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/aboutus/contacts

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del 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 de edad, 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. El Seguro Social gestiona el proceso de inscripción 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 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
LLAMADA	1-800-772-1213. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 7:00 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 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Determinadas personas que están inscritas en Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas inscritas en Medicare a pagar sus gastos de dicho programa, como 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 (qualified Medicare beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+])
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos recursos (specified low-income Medicare beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+])
- **Persona calificada (qualified individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (qualified disabled & working individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Health First Colorado (Medicaid).

Método	Health First Colorado (Medicaid): información de contacto
LLAMADA	1-888-367-6557 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711
CORREO	Health First Colorado Medicaid 1570 Grant St Denver, CO 80203-1714
SITIO WEB	https://www.healthfirstcolorado.com/

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones de la bolsa de valores, pero no su casa ni su automóvil. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir el “Ayuda Adicional”. Algunas personas cumplen automáticamente con los requisitos para obtener el “Ayuda Adicional” y no deben presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que cumplen automáticamente con los requisitos para obtener el “Ayuda Adicional”.

Usted puede obtener el “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para comprobar si cumple con los requisitos para obtener el “ Ayuda Adicional”, llame al:

- 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 (solicitudes); o
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si considera que ha reunido los requisitos para obtener el “Ayuda Adicional” y que está pagando un monto incorrecto correspondiente a los costos compartidos cuando adquiere un medicamento con receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite 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.

- Para recibir ayuda sobre cómo presentar la mejor evidencia disponible, llame al Servicio al Cliente al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.
- 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 con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le corresponde pagar, le rembolsaremos 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 Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Programa de Descuentos durante el lapso en la cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos durante el lapso en la cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a los asegurados de la Parte D que hayan llegado a la etapa de lapso en la cobertura y que no reciban la "Ayuda Adicional". En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70 % proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho de los costos durante el lapso. Los asegurados deben pagar el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca.

Si alcanza el lapso en la cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento provisto. Tanto el monto que usted paga como el descuento del fabricante se cuentan para sus gastos de bolsillo, como si los hubiera pagado, y le permiten avanzar a lo largo del lapso en la cobertura. El monto que paga el plan (5 %) no cuenta para sus gastos de bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza el lapso en la cobertura, el plan paga el 63 % del precio por medicamentos genéricos y usted paga el 37 % restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (63 %) no cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo del lapso en la cobertura. Asimismo, se incluye la tarifa de despacho como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que toma o acerca del Programa de Descuentos durante el Lapso en la Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea el programa de "Ayuda Adicional"), continuará recibiendo el descuento del 70 % en todos los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca

durante el lapso en la cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de aplicar la cobertura del SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP). Nota: Para ser elegible 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, la prueba de ingresos bajos según la definición del estado y la prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede seguir brindándole asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador local del ADAP de cualquier cambio en su nombre o número de póliza de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP).

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA en su estado se detalla a continuación.

Método	Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP): información de contacto
LLAMADA	1-303-692-2716
TTY	711
CORREO	Colorado Department of Public Health and Environment 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246-1530
SITIO WEB	https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/colorado-aids-drug-assistance-program-adap

¿Qué sucede si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare que lo ayude a pagar sus gastos en medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya recibe cobertura para sus gastos en medicamentos con receta durante el lapso en la cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y considera que sí tiene derecho a recibirlo?

Si considera que ha alcanzado el lapso en la cobertura y que no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próxima notificación de la *Explicación de Beneficios* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios* de la Parte D, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le adeuda un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP) (los números de teléfono se incluyen en la Sección 3 de este Capítulo) o 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.

Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con recetas según sus necesidades financieras, edad, estado de salud o discapacidad. Cada estado tiene sus propias reglas para brindar la cobertura a los asegurados.

En Colorado, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Colorado Bridging the Gap.

Método	Colorado Bridging the Gap: información de contacto
LLAMADA	1-303-692-2783
TTY	711
CORREO	Colorado Department of Public Health and Environment 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246
SITIO WEB	http://www.ramsellcorp.com/pharmacies/btgc.aspx

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 tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

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.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de contacto
LLAMADA	1-877-772-5772. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. Si tiene un teléfono de marcación por tonos, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge), llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Asegurado aparecen en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3.Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como asegurado de nuestro plan 45

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores que forman parte de la red” y los “servicios cubiertos”? 45

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica que cubre el plan 45

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para su atención médica 46

Sección 2.1 Deberá elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica 46

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin obtener la aprobación anticipada de su PCP? 47

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores que forman parte de la red 47

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores que no forman parte de la red 49

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia, necesidad urgente de recibir atención o catástrofe 49

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica 49

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios 50

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe 51

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 52

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 52

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, tiene que pagar el costo total 52

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 52

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 52

Sección 5.2 Cuando participa de un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por cada cosa? 53

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en un “centro religioso no médico dedicado a la salud” 54

Sección 6.1 ¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud? 54

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud cubre nuestro plan? 55

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero 55

Sección 7.1 ¿Puede convertirse en propietario del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan? 55

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

En este capítulo se explica lo que usted 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 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 la tabla 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"?

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que entienda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como asegurado de nuestro plan:

- **Los "proveedores"** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término "proveedores" también abarca a hospitales y otros centros de salud.
- **Los "proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica 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, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **Los "servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, el plan Bright Advantage (HMO) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe que seguir sus mismas reglas de cobertura.

Bright Advantage (HMO), en general, cubrirá su atención médica siempre y cuando se respete lo siguiente:

- **La atención que reciba se incluya en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el

tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) que forma parte de la red que le brinda y supervisa su atención.** 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).
  - Las órdenes médicas de su PCP no son necesarias, incluso para atención médica de emergencia o servicios de urgencia.
- **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). *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 servicios de urgencia y de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si usted necesita atención médica que el Programa Medicare exige cubrir a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor que no forma parte de la red. Debe obtener una autorización previa antes de buscar atención médica que no sea de emergencia o urgencia de un proveedor que no forma parte de la red. En esta situación, pagará el mismo monto que pagaría si recibiera la atención de un proveedor que forma parte 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.

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

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

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

- **¿Qué es un PCP?**
  Los proveedores de atención primaria (PCP) son proveedores que forman parte de la red que lo ayudarán a administrar su salud total, ya sea en relación con la atención preventiva para identificar la causa de un nuevo síntoma o para ayudarlo a administrar afecciones crónicas múltiples.
- **¿Qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como PCP?**
  Los PCP pueden ser médicos (médicos licenciados con un título MD o DO), asistentes médicos o enfermeros profesionales (NP, APN, FNP, DNP, APRN) que se especialicen en: medicina familiar, medicina interna, geriatría, pediatría o medicina general.

- **¿Cuál es el rol de mi PCP?**
  Un PCP es su primer punto de contacto para casi todas sus necesidades médicas y de atención de la salud. Estos proveedores le ayudarán con la atención, la educación, el tratamiento y el apoyo para mantener óptima su salud, independientemente de cualquier afección anterior. Su PCP es el defensor de su salud y trabaja de cerca con usted para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de atención médica.

  No necesita una orden médica de su PCP para ver a un proveedor que forma parte de la red; sin embargo, le recomendamos firmemente que usted trabaje con su PCP antes de elegir un especialista o buscar otra atención. Para los servicios que requieren una autorización, su PCP puede ayudarle con ese proceso.

¿Cómo debe elegir su PCP?

Es importante que se tome el tiempo necesario para seleccionar cuidadosamente a su PCP, ya que este es la persona que trabajará más de cerca para ayudarle con sus necesidades de atención médica. Si su PCP actual no forma parte de nuestra red, Bright Health puede ayudarle a identificar un PCP que satisfaga sus necesidades.

Para recibir ayuda en la identificación y selección de un PCP, visite nuestro sitio web en www.brighthealthplan.com/medicare o llame al Servicio al Asegurado al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen también en la contraportada de este manual).

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.

Si cambia a su PCP, comuníquenos ese cambio a través de nuestro sitio web en www.brighthealthplan.com/medicare o llamando al número de Servicio al Asegurado que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicio al Asegurado también están impresos en la contraportada de este manual). Su nueva asignación de PCP tendrá efecto inmediatamente después de recibir su solicitud.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin obtener la aprobación anticipada de su PCP?

Bright Health no requiere una orden médica del PCP para atención médica.

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 enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas. A continuación, se enumeran algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes que padecen cáncer.

- Los cardiólogos tratan a pacientes que padecen enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que padecen determinadas enfermedades óseas, articulares o musculares.

Es posible que vea a un especialista dentro de la red sin una orden médica de su PCP, sin embargo, siempre se recomienda que busque asesoría y consejo de su PCP antes de ver a un especialista.

Algunos servicios provistos por un especialista pueden requerir autorización previa. Su PCP o especialista pueden solicitar una autorización previa si se requiere. Consulte el Capítulo 4 de este manual para obtener más información acerca de los servicios que requieren autorización previa y cómo se debe solicitar.

Para recibir ayuda en la ubicación de un proveedor de servicios especializados que forme parte de la red, visite nuestro sitio web en www.brighthealthplan.com/medicare, o llame al Servicio al Asegurado al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen también en la contraportada de este manual).

¿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. Existen varios motivos por los que su proveedor de servicios de salud puede abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandonan el plan, usted tendrá determinados 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.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo para proporcionarle un aviso de al menos 30 días en el que le comunicaremos que su proveedor está por abandonar el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de servicios médicos calificado para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nosotros colaboraremos con usted para asegurar que no se interrumpa el tratamiento que está recibiendo, el cual es necesario por razones médicas.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor, o que no se está administrando su cuidado de forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está por abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Para obtener asistencia adicional, llame al 1-844-202-4793, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. TTY: 711.

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

La atención fuera de la red que no se considere atención médica de emergencia o de urgencia fuera del área no estará cubierta sin autorización previa.

El plan también 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.

Si usted necesita atención médica que Medicare exige cubrir a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, autorizaremos al proveedor adecuado que no forma parte de la red. Usted pagará el mismo monto que pagaría si recibiera la atención de un proveedor que forma parte de la red.

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

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 presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud 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 médico de cabecera.
- **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 debe llamarnos para avisarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Puede contactarnos al 1-844-202-4793, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. TTY: 711.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

En caso de que se presente una emergencia, hablaremos con los médicos que le prestan atención de emergencia para colaborar
en la dirección y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán si su condición 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. 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 de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su estado de salud 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 usted 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 -* La atención adicional que usted recibe se considera “servicios que deben prestarse con urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos servicios que deben prestarse con urgencia (para obtener más información sobre este tema, 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”?

Los “servicios de urgencia” hacen referencia a una enfermedad, lesión o un problema imprevisto que no se trata de una emergencia y que exige atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores que forman parte de la red o no cuando los proveedores que forman parte de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que padece.

¿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 que deben prestarse con 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 que deben prestarse con urgencia que usted reciba de un proveedor que no forma parte de la red.

Para obtener ayuda para localizar el centro de atención médica de urgencia dentro de la red más cercano, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Servicio al Asegurado llamando al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen también 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 que deban prestarse con urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios que deban prestarse con urgencia o ninguna otra atención si usted 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: www.brighthealthplan.com/medicare para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe.

Generalmente, 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 dentro de la red. Si durante una catástrofe no puede acudir a una farmacia que forma parte de la red, puede surtir los medicamentos con receta en una farmacia que no forma parte de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar 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 la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, tiene que pagar el costo total

El plan Bright Advantage (HMO) cubre todos los servicios médicos que se consideren médicamente necesarios, que se incluyan en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y que se obtengan conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubre el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que planea obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a preguntarlo por escrito. En caso de que confirmemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 *[Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*], encontrará más información sobre lo que debe hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo de los servicios no cubiertos o los servicios que exceden el límite de beneficios no se contempla para el monto de bolsillo máximo para su plan. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo de bolsillo). Puede llamar a Servicio al Cliente si desea saber cuánto ya ha utilizado de su límite de beneficios.

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 “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de

un nuevo medicamento para el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque resulta eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los asegurados de nuestro plan. En primer lugar, Medicare tiene que aprobar el estudio de investigación. Si participa de un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, un miembro del personal a cargo del estudio se comunicará con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted 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. 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 de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que 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.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar de un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar de un estudio de investigación clínica**.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) para informales que participará en un ensayo clínico y para conocer detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

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

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

- Habitación y comida para la estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara de 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.

Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre los costos compartidos en Original Medicare y sus costos compartidos como asegurado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio al igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

> *Aquí hay un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* digamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis conforme a Original Medicare, pero el análisis costaría $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Resúmenes de Medicare u otra documentación en la que se indique qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúen en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio, incluso si usted *no* participara de un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- 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 problema de salud normalmente exigiera una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar de un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). 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 cubierta 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 enfermedad 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. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en centros religiosos no médicos dedicados a la salud.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud cubre nuestro plan?

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.

- La atención o el tratamiento médico "exceptuado" corresponde a la atención o el 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 un problema de salud que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada.
    - *– y –* 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.

Usted tiene cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre que su estadía cumpla con las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

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, en inglés) 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 de intravenosa (IV), 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. No obstante, como asegurado del plan Bright Advantage (HMO), por lo general, usted no obtendrá la propiedad de los DME alquilados independientemente de la cantidad de copagos que pague por el elemento mientras sea asegurado de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del elemento de los DME. Llame a Servicio al Asegurado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

¿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 hechos mientras formó parte de nuestro plan no se contemplan como parte de estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME conforme a Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se contemplan como parte de estos 13 pagos consecutivos. Tiene que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare a fin de obtener la propiedad del artículo. No hay excepciones para esta situación cuando vuelva a formar parte de Original Medicare.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Capítulo 4.Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por el plan 59

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos por el plan 59

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que puede pagar por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B del Programa Medicare? 59

Sección 1.3: Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos adicionales” 60

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para determinar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará 60

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como asegurado del plan 60

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” extra que usted puede adquirir 100

SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan? 109

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 109

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

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos por el plan y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que indica sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto por el plan como asegurado de Bright Advantage (HMO). 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 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos por el plan

Para entender la información sobre el pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Paga un copago cada vez que recibe el servicio médico. (El "Cuadro de beneficios médicos" de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **"Coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Paga un coseguro cada vez que recibe el servicio médico. (El "Cuadro de beneficios médicos" de la Sección 2 le brinda más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario de Medicare Calificado (QMB, en inglés) no deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su evidencia de elegibilidad de Medicaid o de QMB, si corresponde. Si cree que se le está pidiendo pagar un monto incorrecto, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que debe pagar como gastos de bolsillo por año por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que forman parte de la red (consulte a continuación el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2). Este límite se denomina el monto máximo de bolsillo por los servicios médicos.

Como asegurado del plan Bright Advantage (HMO), el máximo que deberá pagar como gasto de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B que forman parte de la red en 2019 es $4,200. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos que forman parte de la red se contemplan para este monto máximo de bolsillo. (Los montos que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su monto de bolsillo máximo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto de bolsillo máximo). Si alcanza el monto máximo de bolsillo de $ 4,200, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios de la Parte A y la Parte B

cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.3: Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos adicionales"

Como asegurado del plan Bright Advantage (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen otros cargos adicionales, denominados "facturación de saldos adicionales" del costo de un servicio. 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.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, $15.00), entonces paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor que forma parte de la red.
- Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que forma parte de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reintegro del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no forma parte de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores que no forman parte de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no forma parte de la red que no participa en Medicare, paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores que no forman parte de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos adicionales", llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para determinar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como asegurado del plan

El Cuadro de beneficios médicos que aparece en las páginas siguientes indica los servicios que cubre el plan Bright Advantage (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. 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 tienen que prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *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 problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe atención de un proveedor que forma parte de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor que no forma parte de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores que forman parte de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor que no forma parte de la red.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces se denomina "autorización previa"). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en *cursiva en el Cuadro de beneficios médicos.*

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, paga *menos*. [Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2019*. Consúltelo en línea en https://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 el problema de salud existente.
- En ocasiones, Medicare agrega cobertura conforme a Original Medicare de nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2019, ya sea Medicare o nuestro plan cubren esos servicios.

Verá esta manzana al lado de los servicios de prevención que figuran en el Cuadro de beneficios. Se pueden requerir autorizaciones previas para ciertos servicios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un único ultrasonido de detección para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para este por parte de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para este examen preventivo.
Servicios de acupuntura Incluye servicios de acupuntura según sea médicamente necesario para el tratamiento de náuseas, síndromes de dolor o trastornos reumáticos y otros trastornos relacionados. Las terapias complementarias pueden incluir modalidades como la acupresión, la moxibustión y otras terapias. El profesional contratado puede realizar un examen inicial para determinar la naturaleza de su problema y, si los servicios cubiertos parecen justificados, se prepara un Formulario de revisión de necesidad médica de los servicios que se proporcionarán. Su primera visita anual, incluido un examen, está cubierta. Los beneficios de acupuntura son provistos por American Specialty Health Group Incorporated (ASH Group). Para acceder a este beneficio, debe visitar a un proveedor de la red de ASH Group. Consulte el Directorio de proveedores para encontrar un proveedor de ASH Group. Limitado a 12 visitas por año	Copago de $20

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre al centro apropiado más cercano que puede proporcionar atención solo si se proporciona a un asegurado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.	$220 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia.*
• El transporte en ambulancia que no es de emergencia es apropiado si está documentado que la afección del asegurado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$225 de copago por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia.*
Examen físico de rutina anual Nuestro plan incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. Esto no incluye análisis de laboratorio ni pruebas radiológicas o de diagnóstico. Se puede aplicar un costo compartido adicional para cualquiera de estos u otros servicios realizados durante su visita. Consulte las secciones correspondientes para esos servicios en este Cuadro de beneficios médicos.	Copago de $0

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Visita 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 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 "Bienvenido a Medicare". No obstante, no es necesario que haya realizado una visita "Bienvenido a Medicare" para que se cubran las visitas de bienestar anual 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 calificadas (generalmente, 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.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y más • Un examen clínico de las mamas cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de evaluación cubiertas.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y terapia están cubiertos para los asegurados que cumplen ciertas condiciones con una orden 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 $20 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.* Copago de $20 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*
Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención médica básica para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer cervical y vaginal **Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:** • Para todas las mujeres: las pruebas Papanicolau 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 Papanicolau fue anormal dentro de los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de Papanicolau cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Pap y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	Copago de $20 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años y más, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopía flexible (o detección mediante enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT, en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, en inglés) Evaluación colorrectal basada en el ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopía de detección (o detección mediante enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para las personas sin alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el lapso de 48 meses de una sigmoidoscopía de detección • Servicios preventivos de enema de bario cubiertos por Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.*
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales preventivos • **Exámenes orales** Limitados a 1 examen oral por año	Copago de $10
• **Profilaxis (limpieza)** Limitada a 1 limpieza por año	Copago de $10
• **Radiografías dentales** Limitadas a 2 radiografías cada tres años	Copago de $15
• **Tratamiento de fluoruro** Limitado a 1 tratamiento de fluoruro por año	Copago de $15
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 médica básica que pueda brindar tratamientos de seguimiento o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita de detección de depresión anual.
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. En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
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 monitorear su glucosa sanguínea: monitor de glucosa sanguínea tiras de prueba de glucosa sanguínea, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras de prueba y los monitores.	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de calzados ortopédicos a medida (incluidas las plantilla 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.	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta con ciertas condiciones.	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME, en inglés) y suministros relacionados (Para una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este manual). 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 de intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y caminadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no distribuye una marca o un fabricante en particular, puede pedirle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.brighthealthplan.com/medicare.	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
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 un estado de salud. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados por proveedores que no forman parte de la red es el mismo que tendrían si fueran prestados por proveedores que forman parte de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	Copago de $90 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. El copago no se aplica si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas. 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 volver a un hospital que forme parte de la red para que su atención continúe siendo cubierta o debe recibir su atención como paciente hospitalizado 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Membresía en clubes de salud y centros de acondicionamiento físico Incluye una membresía para el Programa de Ejercicios y Envejecimiento Saludable de Silver&Fit® a través de centros de acondicionamiento físico que forman parte de la red. Usted tiene acceso a lo siguiente: • Una membresía para un centro de acondicionamiento físico: puede ir a un club de acondicionamiento físico o centro de ejercicios Silver&Fit participante cercano a usted que forme parte del programa. • Un programa de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre varios equipos de acondicionamiento físico para el hogar si no puede llegar a un centro de acondicionamiento físico o desea ejercitarse en su hogar. Puede obtener hasta dos equipos por año de beneficios. También puede acceder a clases de Silver&Fit de bajo impacto (donde estén disponibles) que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza y la resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación; clases para el envejecimiento saludable (en línea o DVD); un boletín informativo trimestral; y herramientas virtuales. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial registrada a nivel federal de ASH.	Copago de $0
Servicios para el cuidado de la audición Las evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y audición realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando se obtienen de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Exámenes de audición de rutina adicionales** Limitados a 1 visita por año **Evaluación de adaptación para audífonos**	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. Copago de $0 Copago de $0

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Limitados a 1 visita por año	
Audífonos Incluye una cantidad asignada para ambos oídos de $2,000, cada tres años, para la compra de audífonos cuando son recetados por su médico o audiólogo. Un audífono es un dispositivo electrónico que se usa en la oreja para amplificar el sonido.	Copago de $0 *Se puede requerir autorización previa.*
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 servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que dichos servicios médicos sean provistos 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. Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente y servicios de asistente médica a domicilio (cubiertos conforme al beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y de asistente médica 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	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Atención médica para pacientes terminales Puede recibir atención de cualquier programa para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare. 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. Su médico del centro para pacientes con enfermedades terminales puede ser un proveedor que forma parte de la red o un proveedor que no forma parte de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • Atención médica de relevo de corto plazo • Atención médica en el hogar Para los servicios para pacientes con enfermedades terminales y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de pacientes con enfermedades terminales, su proveedor de hospicio será Original Medicare respecto de los servicios cubiertos por dicho programa. Para los servicios que está cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no sean de casos de emergencia ni que se necesiten con urgencia, que estén 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: • Si recibe los servicios cubiertos por el plan de un proveedor que forma parte de la red, 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	Cuando usted se inscribe en un programa de servicios para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare, Original Medicare, en lugar del plan Bright Advantage (HMO), paga los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
forma parte de la red, usted paga el costo compartido establecido en los Honorarios por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios que están cubiertos por Bright Advantage (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B: Bright Advantage (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, 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 los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por el servicio para pacientes con enfermedades terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare). **Nota:** Si necesita atención que no sea en un centro para pacientes con enfermedades terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos son los siguientes: • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas contra la gripe, una vez por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si tiene riesgo y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la pulmonía, la influenza y la hepatitis B.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye hospitales de atención de 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 a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.	Copago de $295 por día para los días 1 a 5 y copago de $0 por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. Copago de $0 por días adicionales cubiertos por Medicare.
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 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 tratamiento por abuso de sustancias controladas para pacientes hospitalizados	Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare no se aplican. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo llamado "Definiciones de palabras importantes"). Para la atención de los pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es ingresado en el hospital. Una transferencia a un tipo de establecimiento separado (como un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Cuidado a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Para cada estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados, tiene cobertura por días ilimitados, siempre que la estadía en el hospital esté cubierta de acuerdo con las reglas del plan. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• 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 trasplante que forman parte de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad en un lugar distante, puede optar por un lugar local o distante siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Bright Advantage (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar distante fuera del patrón de atención (fuera del área de servicio) para trasplantes en su comunidad, y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos el alojamiento apropiado y los costos de transporte para usted y un acompañante. • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de 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	Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no forma parte de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital que forma parte de la red.
Nota: Para ser un 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 encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en	El costo compartido de la observación ambulatoria se explica en Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos brindados en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.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 de salud mental para pacientes hospitalizados • Los servicios cubiertos por el plan incluyen servicios de atención médica mental que requieran una internación. • Hay una cobertura máxima de por vida de 190 días para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Copago de $295 por día para los días 1 a 5 y copago de $0 para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
	Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar la cantidad total de días cubiertos para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados que cuenta para el límite de 190 días de por vida. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo llamado "Definiciones de palabras importantes"). Sin embargo, el costo compartido arriba descripto se aplica cada vez que usted es ingresado en el hospital, incluso si es ingresado muchas veces dentro de un período de beneficios. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*
Estadía para pacientes hospitalizados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (specialized nursing facility, SNF) durante una estadía para pacientes hospitalizados no cubierta 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, en inglés). Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:	Cuando su estadía ya no está cubierta, estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones:

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios del médico	Consulte más abajo “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico”.
• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)	Consulte más abajo “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”.
• Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos materiales y servicios técnicos	Consulte más abajo “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”.
• Apósitos quirúrgicos	Consulte más abajo “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”.
• Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones	Consulte más abajo “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”.
• 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	Consulte más abajo “Prótesis y suministros relacionados”.
• Soporte 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 el estado físico del paciente.	Consulte más abajo “Prótesis y suministros relacionados”.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Consulte más abajo “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis) o después de haberse sometido a un trasplante renal cuando fuera indicado por su médico. 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 afección, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la indicación todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago o deducible para los asegurados elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, en inglés) Los servicios del MDPP 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta 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: • 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. • Medicamentos que toma mediante el equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento en que se efectuó el trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted 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.	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*
• Antígenos • Determinados medicamentos para el cáncer administrados por vía oral y medicamentos para las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamente necesario, anestesia tópica y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como epoetina alfa o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades por deficiencia inmunitaria. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
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 médica básica, donde se pueda coordinar con su plan de prevención completo. Hable con su médico de cabecera o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad preventivo y la terapia.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Radiografías	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Radioterapia (con radio e isótopo) incluidos suministros y materiales técnicos.	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*
• Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de 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.	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: servicios no radiológicos de diagnóstico	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: servicios radiológicos de diagnóstico, sin incluir radiografías	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*
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	Consulte “Atención médica de emergencia”.
• Servicios proporcionados en una clínica ambulatoria	Consulte “Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico”.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Cirugía u observación ambulatoria	Consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios".
• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital	Consulte "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos".
• Atención médica 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	Consulte "Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios".
• Radiografías y otros servicios de radiografías facturados por el hospital	Consulte "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos".
• Suministros médicos, como férulas y yesos	Consulte "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos".

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• 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 compartido de 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. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.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.	Consulte "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico autorizados por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otros profesionales de la salud mental calificados por Medicare según las leyes estatales correspondientes. • Servicios proporcionados por un psiquiatra	Copago de $40 por cada sesión individual cubierta por Medicare. Copago de $10 por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios proporcionados por otros proveedores de la atención médica mental	Copago de $40 por cada sesión individual cubierta por Medicare. Copago de $10 por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos por el plan incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son provistos en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, comprehensive outpatient rehabilitation facilities).	
• Servicios proporcionados por un fisioterapeuta o terapeuta del habla y del lenguaje	Copago de $35 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
• Servicios proporcionados por un terapeuta ocupacional	Copago de $35 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para el tratamiento por abuso de sustancias controladas para pacientes ambulatorios Incluye tratamiento y orientación para pacientes ambulatorios para el abuso de sustancias, en virtud de la cobertura de Original Medicare.	Copago de $40 por cada sesión individual cubierta por Medicare. Copago de $10 por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios **Nota:** Si se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor para saber si usted será un paciente ambulatorio u hospitalizado. 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 por la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar "paciente ambulatorio".	
• Servicios proporcionados en un hospital ambulatorio	Copago de $280 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
• Servicios de observación proporcionados en un hospital ambulatorio	Copago de $280 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio	Copago de $250 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" 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 o terapeuta y que es una alternativa para la hospitalización de pacientes.	Copago de $55 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	
• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios suministrados en el consultorio del médico por un proveedor de atención médica básica	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare.
• Servicios de cirugía o atención médica, médicamente necesarios, suministrados en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios certificado, departamento del hospital para pacientes ambulatorios u otro lugar	Consulte "Cirugía ambulatoria" anteriormente en esta tabla, para conocer los montos de costo compartido aplicables para las visitas al centro de cirugía ambulatoria o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.
• Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista	Copago de $40 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.* Copago de $0 por cada servicio

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Otros profesionales de la atención médica	cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su especialista si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico. • Segunda opinión 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)	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico" más arriba). Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Servicios de podiatría 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 los pies de rutina para los asegurados con ciertos problemas de salud que afecten las extremidades inferiores.	Copago de $45 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno específico de la próstata (Prostate Specific Antigen, PSA)	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.* No hay coseguro, copago o deducible por una prueba de PSA anual.
Prótesis y suministros relacionados Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, bragueros, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis, y reemplazo o reparación de prótesis. 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.	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los asegurados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a muy grave y que posean una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de $20 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
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 resulta positiva, puede obtener hasta 4 sesiones de terapia breves individuales por año (si es competente y está alerta durante la terapia) proporcionadas por un médico o profesional de atención médica básica calificado en un entorno de atención médica básica.	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.
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, en inglés) Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los asegurados elegibles son los siguientes**: personas de entre 55 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 30 paquetes-año y que fumen actualmente, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden por escrito 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 detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la evaluación de detección inicial con LDCT: los asegurados deben recibir una orden por escrito para la evaluación de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional que no sea médico calificado. 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 evaluaciones 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y terapia para prevenirlas Cubrimos los exámenes de detección para enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de STI cuando un proveedor de atención primaria los ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de terapia de conducta de alta intensidad, individuales, de 20 a 30 minutos, por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de STI. Solo cubrimos estas sesiones de 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.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de STI y terapia para STI cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	
• 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. • Capacitación de autodiálisis (incluye la capacitación para usted y una persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare.
• 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)	Coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados)	Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones: consulte Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.
• Equipos y suministros de diálisis en el hogar	Consulte "Equipo médico duradero y suministros relacionados".
• 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 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 cobertura para los Medicamentos de la Parte B, ingrese en la sección "medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".	Consulte "Atención en una agencia de atención médica a domicilio".
Atención en Centro de enfermería especializada (SNF) (Para la definición de "atención en centros de enfermería especializada" consulte el Capítulo 12 de este manual. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF").	Copago de $0 por día durante los días 1 a 20 y copago de $172 por día durante los días 21 a 100 por la atención en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.
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)	Está cubierto por hasta 100 días en cada período de beneficios por servicios para pacientes hospitalizados en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el día que es ingresado en un SNF y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de 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. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente suministrados por SNF • Análisis de laboratorio que brindan en general los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que brindan en general los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas, que brindan en general los SNF • Servicios del médico/profesional	para pacientes hospitalizados, atención en un SNF o centro de salud mental para pacientes hospitalizados durante 60 días consecutivos. Si es ingresado en un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
En 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 pagar el costo compartido de los que forman parte de la red para un centro que no sea proveedor que forma parte de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • 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 al momento en que usted abandona el hospital No se requiere una estadía hospitalaria previa.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para dejar de fumar (terapia para dejar de fumar) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar, mediante terapia, dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento mediante terapia incluye hasta cuatro visitas individuales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan ser afectados por el tabaco: 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 para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Cada intento mediante terapia incluye hasta cuatro visitas individuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisado (TES) La TES está cubierta para los asegurados con enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación para la EAP del médico responsable del tratamiento para la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de TES. El programa de TES debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para la EAP en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.	Copago de $20 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
La TES puede estar cubierta por más de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Servicios de urgencia Se brindan servicios de urgencia para tratar enfermedades, lesiones o padecimientos médicos imprevistos no de emergencia que requieran de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores que forman parte de la red o no cuando los proveedores que forman parte de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido de los servicios de urgencia prestados por proveedores que no forman parte de la red es el mismo que tendrían si fueran prestados por proveedores que forman parte de la red.	Copago de $35 por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto máximo de bolsillo.
Servicios para la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	
• Servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• 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 historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad en adelante e hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante.	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año.	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• 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 beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Examen de la vista de rutina Limitados a 1 visita por año **Nota:** Beneficios de examen de la vista de rutina provistos por Vision Service Plan (VSP). Debe visitar a un proveedor que forma parte de la red de VSP Vision Care para acceder al beneficio. Consulte el Directorio de proveedores para encontrar un proveedor de VSP Vision Care.	Copago de $0 *Se puede requerir autorización previa.*
Anteojos de rutina adicionales	
• **Lentes de contacto** Hasta una cantidad asignada de $130 cada dos años para lentes de contacto. La cantidad asignada se puede aplicar a anteojos o lentes de contacto, pero no a ambos. **Nota:** Beneficios de anteojos de rutina provistos por Vision Service Plan (VSP). Debe visitar a un proveedor que forma parte de la red de VSP Vision Care para acceder al beneficio.	Copago de $0 a $60 dependiendo del servicio. *Se puede requerir autorización previa.*
• **Anteojos (lentes y marcos)** Cantidad asignada hasta $130 cada dos años para una amplia selección de marcos O para marcas destacadas de marcos. Los anteojos recetados incluyen lentes de visión simple, lentes bifocales revestidos y lentes trifocales revestidos. La cantidad asignada se puede aplicar a anteojos o lentes de contacto, pero no a ambos. **Nota:** Beneficios de anteojos de rutina provistos por Vision Service Plan (VSP). Debe visitar a un proveedor que forma parte de la red de VSP Vision Care para acceder al beneficio.	Copago de $25 *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre una sola vez la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y órdenes médicas para otro tipo de atención, en caso de ser necesario. **Importante:** Nosotros cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses desde su inscripción en Medicare Parte B. Cuando pida su cita, comunique al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".
• Electrocardiograma cubierto por Medicare después de los servicios preventivos de la visita de bienvenida	Copago de $0 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.*

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” extra que usted puede adquirir

Nuestro plan ofrece algunos beneficios extra que no están cubiertos por el Programa Original Medicare y no están incluidos en su paquete de beneficios como asegurado por el plan. Estos beneficios adicionales se denominan “**Beneficios complementarios opcionales**”. Si desea obtener estos beneficios complementarios opcionales, tendrá que inscribirse y pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

- Paquete de cobertura dental integral $34.00

***Paquete de cobertura dental integral**

El Paquete de cobertura dental integral es un beneficio complementario opcional que va más allá de lo que requiere Medicare. Se le ofrece este servicio por una prima mensual de $34.00. Se trata de un adicional a cualquier prima del plan que pueda tener para su plan Medicare Advantage. Estos beneficios complementarios opcionales incluyen servicios dentales de diagnóstico, preventivos, básicos y mayores (detalles más abajo). Los beneficios complementarios opcionales no pueden combinarse con cualquier otro beneficio dental que se ofrezca en su plan.

Si tiene alguna otra duda sobre el Paquete de cobertura dental integral, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada de este manual.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios**
Servicios preventivos y de diagnóstico	
Limpiezas (hasta 2 por año calendario) D1110	Copago de $10
Radiografías periapicales (hasta 4 por año calendario) D0220 y/o D0230	Copago de $15
Radiografías oclusales (2 por año calendario) D0240	Copago de $15

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Radiografías con aleta de mordida (una serie de hasta cuatro radiografías con aleta de mordida tradicionales o 7 a 8 radiografías con aleta de mordida verticales por año calendario) D0270, D0272, D0273, D0274, o D0277	Copago de $15
Radiografías de boca completa (cada 60 meses) D0210 o D0330, pero no ambos.	Copago de $15
Evaluaciones bucales selectas (1 evaluación por año calendario) D0120, D0140, D0150, D0160, o D0180	Copago de $10
Barniz de fluoruro (1 por año calendario) D1206 o D1208	Copago de $15
Prueba para detectar la vitalidad de la pulpa D0460	Copago de $15
Servicios dentales integrales* • Deducible anual cero • Límite anual de beneficios de $1,000 Los servicios cubiertos incluyen las siguientes categorías:	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios

• Servicios básicos:
  • Empastes.
  • Retención de la espiga por diente.
  • Extracciones simples.
  • Alivio del dolor de emergencia.
• Servicios mayores:
  • Coronas.
  • Reconstrucciones de muñón.
  • Reconstrucción de perno y muñón.
  • Perno y muñón prefabricados.
  • Reparación de corona.
  • Incrustaciones metálicas (se proporcionará un beneficio adicional para un empaste metálico. Usted será responsable por el cargo restante aprobado).
  • Sobreincrustaciones metálicas.
  • Servicios de endodoncia, ***excepto los siguientes***, que ***no están cubiertos***:
  • Recubrimiento de la pulpa (directo o indirecto).
  • Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular.
  • Regeneración pulpar.
  • Cirugía perirradicular (incluidos injertos óseos y la provisión de materiales biológicos junto con estos).
	Usted paga un **coseguro del 50 %** hasta que el plan haya pagado $1,000 (límite anual de beneficios). Usted paga el 100 % para el resto del año.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Regeneración guiada de tejidos. • Implante endoóseo de endodoncia. • Reimplante intencional. • Servicios de periodoncia, ***excepto los siguientes***, que ***no están cubiertos***: • Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso a servicios de restauración. • Exposición de coronas anatómicas. • Materiales biológicos para ayudar en la generación de tejidos. • Injertos de tejido conectivo autógeno y no autógeno. • Injertos bipediculados y de tejido conectivo. • Procedimientos de injerto de tejido blando libre. • Ferulización provisional. • Desbridamiento de toda la boca. • Suministro localizado de agentes antimicrobianos. • Cambio de apósito no programado. • Irrigación gingival. • Dentaduras postizas completas. • Dentaduras postizas parciales. • Procedimientos de reparación, ajuste y sustitución de revestimiento de dentaduras postizas, excepto los siguientes, que no están cubiertos: • Reemplazo de todos los dientes y acrílico en marco de metal fundido (mandibular o maxilar). • Acondicionamiento de tejidos. • Puentes fijos. • Pónticos de dentaduras postizas parciales fijas, excepto los pónticos provisionales. • Servicios de cirugía bucal, ***excepto los siguientes***, que ***no están cubiertos***: • Coronectomía. • Trasplante de diente. • Acceso quirúrgico de diente no impactado. • Recolección exfoliativa de muestra citológica. • Reposicionamiento quirúrgico de los dientes.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Fibrotomía. • Colocación quirúrgica de dispositivo de anclaje temporal. • Extracción de hueso para su uso el procedimientos de injerto autógeno. • Alveoloplastia junto con extracciones. • Escisión de lesión benigna mayor a 1.25 cm. • Escisión de lesión benigna (complicada). • Escisión de lesión maligna hasta 1.25 cm. • Escisión de tumores malignos. • Extracción de tumores o quistes no odontogénicos benignos. • Tratamiento de fracturas. • Reducción de dislocación y control de otras disfunciones de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ). • Sutura complicada. • Injertos de piel. • Recolección y aplicación de concentrado de sangre autóloga. • Osteoplastia. • Osteotomía. • LeFort I, II, y/o III. • Injerto de cartílago de la mandíbula y/o el maxilar. • Elevación de seno. • Injerto de reemplazo óseo para la conservación del puente. • Reparación de defecto de tejido maxilofacial blando y/o duro. • Frenulectomía. • Frenuloplastia. • Traqueotomía de emergencia. • Coronoidectomía. • Injerto sintético. • Implante de mandíbula para fines de elevación. • Extracción de aparato. • Colocación intrabucal de dispositivo de fijación. • Retenedores de dentadura postiza parcial fija, ***excepto los siguientes servicios***, que ***no están cubiertos***:	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
• Retenedores de coronas, incrustaciones y sobreincrustaciones de porcelana. • Retenedor de incrustación o sobreincrustación de 2 superficies de metal altamente noble, de predominio de metal común y de metal noble fundido. • Corona de retención provisional. • Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija. • Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla del material de restauración. • Servicios complementarios generales, ***excepto los siguientes***, que ***no están cubiertos***: • Tratamiento de emergencia del dolor dental. • Anestesia local. • Anestesia regional. • Inhalación de óxido nitroso/analgesia. • Sedación consciente no intravenosa. • Consulta profesional. • Visitas profesionales. • Medicamentos. • Servicios complementarios varios distintos de la limpieza de dentaduras postizas.	

Un dentista de Delta Dental PPOSM o del panel Delta Dental Premier DEBE proporcionar los servicios para que estos sean pagaderos en virtud de este programa. Cualquier servicio NO INCLUIDO es responsabilidad del paciente.

EXCLUSIONES: TODOS LOS SERVICIOS DENTALES

a. Servicios para lesiones o afecciones cubiertas en virtud de las leyes de indemnización del trabajador o de responsabilidad del empleador. Servicios proporcionados por cualquier agencia federal o estatal. Servicios proporcionados sin costo por cualquier ciudad, estado u otra subdivisión política. Cualquier servicio para el cual la persona no hubiera tenido que pagar si no estuviera asegurada, excepto si dicha exclusión puede estar prohibida por la ley.
b. Cualquier servicio iniciado cuando usted no tenía cobertura en virtud de este contrato.
c. Servicios para el tratamiento de defectos de nacimiento o del desarrollo, ***excepto*** **los servicios**

dentales dentro de la boca para el tratamiento de una afección relacionada con el labio leporino y/o el paladar hendido.

d. Cualquier servicio proporcionado para fines estéticos.
e. Servicios de restauración de la estructura del diente perdida debido al desgaste, la erosión, la abrasión o la abfracción.
f. Servicios relacionados con la protección, la alteración, la corrección, la estabilización, la reconstrucción o el mantenimiento de los dientes debido al contorno, la oclusión o la alineación inadecuada.
g. Servicios relacionados con la estabilización periodontal de los dientes.
h. Aparatos para hábitos, protectores para la noche, protectores oclusales, protectores bucales atléticos y servicios gnatológicos (de la función de la mandíbula), análisis o registro de la mordida, o cualquier servicio relacionado.
i. Administración previa de medicamentos, analgesia, hipnosis, o cualquier otro servicio de gestión para pacientes (***excepto*** los servicios de anestesia cubiertos).
j. Servicios que de otra manera estarían cubiertos, pero que debido a una afección no se demostraría que mejorarán satisfactoriamente su salud bucal.
k. Cualquier tratamiento realizado por adelantado para una necesidad futura (***excepto*** los servicios preventivos cubiertos).
l. Costos hospitalarios o cualquier cargo por el uso de cualquier centro.
m. Cualquier servicio de anestesia no incluido en los servicios cubiertos.
n. Injertos realizados en la boca donde no hay presencia de dientes.
o. Injertos de tejidos del exterior de la boca dentro de la boca. Elevaciones o implantes y cualquier aparato relacionados. Extracción de implantes o cualquier servicio relacionado.
p. Servicios de ortodoncia, incluidos los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para el diagnóstico y el tratamiento de dientes y/o mandíbulas desalineadas, a menos que se indique que están cubiertos en el programa de beneficios.
q. Terapia miofuncional o terapia del habla.
r. Tratamiento de cualquier problema de la articulación temporomandibular (TMJ), incluido el dolor facial, o cualquier afección relacionada. Cualquier servicio preventivo, de diagnóstico o de tratamiento relacionado.
s. Servicios que no se realicen conforme a las leyes estatales de Colorado. Servicios por parte de cualquier persona que no tenga licencia para proporcionar estos servicios. Servicios para tratar cualquier afección, distinta de una enfermedad, anomalía o afección bucal o dental.
t. Instrucciones sobre dieta o higiene bucal.
u. Llenado de formularios. Provisión de información de diagnóstico. Copia de otros registros.
v. Reemplazo de aparatos perdidos, robados o dañados.
w. Reparación de aparatos alterados por una persona que no es un proveedor.
x. Cualquier servicio, incluido cualquier servicio o procedimiento relacionado que no se incluya de manera específica en los servicios cubiertos.
y. Servicios por los que no se hubieran aplicado cargos para esta cobertura, excepto los servicios que indica Medicaid.
z. Programas preventivos de control, incluidos los artículos de atención domiciliaria.
aa. Programas de control de placas.
bb. Lesiones autoinfligidas.
cc. Ferulización provisional.
dd. Injerto óseo cuando se realiza en el mismo lugar que una extracción dental, una apicectomía o

una hemisección.
ee. Servicios proporcionados para el tratamiento de los dientes retenidos en relación con una sobredentadura.
ff. Cualquier servicio de prostodoncia proporcionado en un plazo de 60 meses después de los servicios especiales de restauración que involucren los mismos dientes.
gg. Cualquier servicio especial de restauración proporcionado en un plazo de 60 meses después de los servicios de prostodoncia fija que involucren los mismos dientes.
hh. Los aparatos de prostodoncia fijos y extraíbles (los puentes y las dentaduras parciales) no son un beneficio en el mismo arco, excepto cuando la dentadura postiza fija (puente) reemplaza los dientes frontales. La cantidad asignada se limita a la cantidad asignada para la dentadura postiza parcial extraíble.

LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS BÁSICOS

a. La cantidad asignada para empastes de amalgama se aplicará para empastes posteriores (de la parte trasera) blancos. El beneficio se aplicará una vez por superficie por período de 12 meses.
b. Se proporcionarán beneficios para empastes de amalgama o blancos una vez por superficie por período de 12 meses para el mismo diente.
c. El beneficio para la retención de la espiga se proporciona una vez por período de 12 meses para el mismo diente.

LIMITACIONES DE SERVICIOS MAYORES

a. Servicios periodontales quirúrgicos cubiertos: una vez en cualquier periodo de 36 meses. Servicios periodontales quirúrgicos no cubiertos: una vez en cualquier periodo de 24 meses.
b. Las limpiezas periodontales están disponibles solo si el asegurado tiene un historial previo documentado de tratamiento periodontal, limitadas a dos por año calendario.
c. La sustitución del revestimiento o el reperfilado de un aparato de prostodoncia se realizarán una vez en cualquier período de 36 meses.
d. Los beneficios para reconstrucciones de muñón, reconstrucciones de perno y muñón o perno y muñón prefabricados no se proporcionarán más de una vez en cualquier período de 84 meses que implique restauraciones del mismo diente. Esto incluye cualquier provisión anterior de servicios de prostodoncia cubiertos como puentes fijos.
e. Los beneficios para la reparación de coronas no se proporcionarán más de una vez en cualquier período de 12 meses para el mismo diente.
f. Los beneficios para la recementación de una corona, una sobreincrustación o un puente no se proporcionarán más de una vez en cualquier período de 6 meses.
g. El beneficio para la colocación de coronas, posteriores al primer molar, se limitará a la cantidad asignada para una restauración de metal completa. El paciente será responsable por la parte del cargo del dentista que supere la cantidad asignada de Delta Dental.
h. La colocación inicial de dentaduras postizas parciales o completas es solo un beneficio para reemplazar un diente natural que se extrajo mientras el paciente tenía cobertura en virtud de este contrato. El beneficio para el reemplazo se proporciona una vez por período de 60 meses si no se puede reparar o recuperar la utilidad.

i. Los beneficios para ajustes de dentaduras postizas parciales o completas no se proporcionarán más de dos veces en cualquier período de 12 meses.

j. Los beneficios para el reperfilado o la sustitución del revestimiento de dentaduras postizas parciales o completas no se proporcionarán más de una vez por período de 36 meses.

k. Los beneficios para el acondicionamiento de dentaduras postizas parciales o completas no se proporcionarán más de dos veces por período de 36 meses.

l. La colocación inicial de puentes fijos es solo un beneficio para reemplazar un diente natural que se extrajo mientras el paciente tenía cobertura en virtud de este contrato. El beneficio para el reemplazo se proporciona una vez por período de 84 meses si no tiene utilidad y no se puede reparar. Esto incluye cualquier provisión anterior de servicios mayores de restauración como coronas y sobreincrustaciones.

SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección le explicamos cuáles son los servicios que están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

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

Si usted necesita servicios que estén excluidos (no cubiertos), tendrá que pagarlos usted mismo. No pagaremos por los servicios médicos excluidos listados en el siguiente cuadro, excepto en las condiciones específicas listadas. La única excepción: nosotros pagaremos por un servicio que aparezca en el cuadro si este es declarado, según apelación, como un servicio médico que deberíamos haber cubierto o pagado debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de la apelación de una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, sección 5.3 de este manual).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre servicios están descritas en el Cuadro de beneficios o en el cuadro 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.

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	√	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales. Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que según nuestro plan y Original Medicare no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		√ Pueden estar cubiertos por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital		√ Cubierto solo cuando es médicamente necesario
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada como un teléfono o televisor	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	√	
*La atención de custodia es atención suministrada en un hogar de atención médica especializada, centro para pacientes con enfermedades terminales u otro entorno de centro donde usted no	√	

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada		
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas sencillas	√	
Cargos que cobran por la atención provista por sus familiares cercanos o miembros de su familia	√	
Procedimientos o cirugías cosméticas		√ • Cubiertos en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Atención dental no de rutina		√ Atención dental necesaria para tratar enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios
Atención quiropráctica de rutina		√ Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación
Atención de rutina de los pies		√ Cierta cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare, p. ej., si tiene diabetes
Servicios de alimentos a domicilio	√	
Calzado ortopédico		√ Si el calzado es parte de un aparato para la pierna y se incluye en el costo del aparato, o si el calzado es para una persona con enfermedad de pie diabético

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Aparatos de apoyo para los pies		√ Calzado terapéutico u ortopédico para personas con enfermedad de pie diabético
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de la vista.		√ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de cirugía de cataratas
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	√	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	√	

*La atención de custodia es la atención personal que no requiere de atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5.Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 117
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D 117
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 118

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan..... 118
Sección 2.1 Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, acuda a una farmacia de la red 118
Sección 2.2 Cómo encontrar una farmacia de la red 119
Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan..... 120
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 122
Sección 2.5 ¿Cuándo puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan? 122

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan..... 123
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" nos dice cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos..... 123
Sección 3.2 Existen cinco "niveles de costos compartidos" para los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos..... 125
Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos?..... 125

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos..... 125
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?..... 126
Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones? 126
Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? 127

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como a usted le gustaría?..... 127
Sección 5.1. Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que usted desea..... 127
Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?..... 128
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto?..... 130

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno de sus medicamentos? 131
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 131
Sección 6.2 ¿Qué sucede si su cobertura cambia respecto de un medicamento que toma? 131

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 133
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 133

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de asegurado del plan cuando surta un medicamento con receta 134
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de asegurado 135
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de asegurado consigo? 135

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 135
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? 135
Sección 9.2 ¿Qué sucede si es un residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)? 135
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o como jubilado? 136
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare? 137

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos 137
Sección 10.1 Programas para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos en forma segura 137
Sección 10.2 Programa de gestión de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides 138
Sección 10.3 Programas de gestión de terapias con medicamentos (MTM, en inglés) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos 138

¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Como, por ejemplo, el programa "Ayuda Adicional" y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un plan de ayuda para pagar por sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Le enviamos un anexo por separado, denominado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también denominado "Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos" o la "Cláusula adicional LIS"), que le informa 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 aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de los medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo indica qué es lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de la cobertura para medicamentos de la Parte D, el plan Bright Advantage (HMO) también cubre algunos medicamentos que se encuentran en los beneficios médicos del plan. A través de esta cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, por lo general, los medicamentos que le proporcionan durante las estadías cubiertas en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, incluidos ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se le administren durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administren en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga*) indica los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como también, los beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Es posible que sus medicamentos estén cubiertos por Original Medicare si está en un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare no relacionados con una enfermedad terminal, y, por lo tanto, no estarán cubiertos bajo el beneficio de un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?*). Para obtener más

información sobre la cobertura de un centro para pacientes con enfermedades terminales, consulte la sección del Capítulo 4 sobre centro para pacientes con enfermedades terminales (*Cuadro de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué paga*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de beneficios de la Parte D del plan. Sección 9, *la cobertura de los medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 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 contar con un proveedor (un médico, dentista u otra persona que receta) quien escriba su receta médica.
- La persona que le receta tiene que aceptar Medicare o presentar documentación ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) que demuestre que está calificado para recetar medicamentos; de otro modo se le negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que llame o visite a las personas que le recetan debe preguntarles si cumplen con esta condición. Si no lo hacen, tenga en cuenta que le llevará tiempo a la persona que le receta presentar el papeleo necesario y que este sea procesado.
- Por lo general, tiene que acudir a una farmacia de la red para surtir su medicamento con receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento tiene que estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulary, en inglés)* (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- 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 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, acuda a una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Cómo encontrar una farmacia de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de farmacias, visitar nuestro sitio web (https://brighthealthplan.com/medicare), o llamar a Servicio al Asegurado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Usted puede acudir a cualquiera de las farmacias de la red. Si cambia de farmacia de la red y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede pedir que su proveedor vuelva a redactarle una receta médica o que le transfieran su receta médica a su nueva farmacia 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 pertenezca a la red y que se encuentre en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o puede utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en https://brighthealthplan.com/medicare.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

En algunos casos, se deben surtir las recetas 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 aguda de largo plazo (LTC, en inglés). Por lo general, los centros de atención médica de largo plazo (tales como un hogar de atención médica especializada) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro LTC, tenemos que asegurarnos de que usted pueda recibir regularmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC que, por lo general, son las farmacias que utilizan los centros LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con 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. (*Nota:* Este supuesto solo ocurre en raras ocasiones).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

Para obtener ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos obtenidos a través de pedidos por correo postal son medicamentos que toma regularmente, para un problema de salud crónico o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles mediante el servicio de pedido por correo del plan tienen el indicador "NM" (no disponible mediante pedido por correo) en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas por correo postal, llame a Servicio al Asegurado al 1-844-202-4793 o visite el sitio web de CVS Caremark en www.Caremark.com.

Por lo general, una farmacia de pedido por correo se comunicará con usted en no más de 10 días. Si la farmacia de pedido por correo considera que el pedido se va a retrasar, se comunicarán con usted y lo ayudarán a decidir si esperar el medicamento, cancelar el pedido por correo o surtir la receta en una farmacia local. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a la demora de un pedido por correo, puede comunicarse con Servicio al Asegurado al 1-844-202-4793 para analizar opciones, que pueden incluir surtir su medicamento en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporciónele al representante su número de identificación y el (los) número(s) de receta. Si quiere que le envíen sus medicamentos en dos días o al siguiente día, puede solicitárselo al representante de Atención al Cliente de CVS Caremark por un cargo adicional.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y enviará automáticamente las nuevas recetas que reciba de proveedores de atención médica, sin corroborar con usted previamente, en los siguientes casos:

- Si usted usó los servicios de pedido por correo de este plan en el pasado.
- Si se inscribió para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento si su médico sigue enviándonos sus recetas. No se necesita una solicitud especial. O se puede comunicar con Servicio al Asegurado al 1-844-202-4793 para volver a iniciar las entregas automáticas si anteriormente las había cancelado.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento con receta que usted no quería y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviárselo, es posible que sea elegible para recibir un reembolso.

Si usted usó pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Asegurado al 1-844-202-4793.

Si nunca usó nuestra entrega de pedido por correo o decide interrumpir los surtidos automáticos de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para consultarle si desea que el medicamento se surta y envíe de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la fórmula) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles qué hacer con la receta médica nueva y para prevenir demoras en el envío.

Para cancelar las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Asegurado al 1-844-202-4793.

Cómo resurtir las recetas de 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 medicamento, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamento suficiente o si su medicamento ha cambiado. Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 15 días antes de la fecha en que considere que se acabarán los medicamentos que tiene para asegurarse de que su próximo pedido sea enviado con la suficiente antelación.

Para cancelar su suscripción en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Asegurado al 1-844-202-4793.

De este modo, la farmacia puede contactarse con usted para confirmar el pedido antes del envío; asegúrese de que la farmacia sepa cuáles son las mejores formas de contactarlo. Llame a Servicio al Asegurado al 1-844-202-4793 o inicie sesión en su cuenta de Caremark.com para proporcionarnos su información de contacto preferida.

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

Cuando reciba un suministro de medicamentos de largo plazo es posible que disminuyan los gastos compartidos. El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro de 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 un problema de salud crónico o de largo plazo). Usted puede pedir este suministro mediante pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento de largo plazo. Algunas de estas farmacias minoristas pueden acordar aceptar un monto de costo compartido menor por un suministro de medicamentos de mantenimiento de largo plazo. Es posible que otras farmacias no acuerden aceptar el monto de costo compartido menor por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, será responsable de pagar la diferencia de precio. Su *Directorio de Farmacias* muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros de medicamentos de mantenimiento de largo plazo. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

2. Para obtener ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la **red del plan**. Los medicamentos que *no* están disponibles mediante el servicio de pedido por correo del plan tienen el indicador "NM" (no disponible mediante pedido por correo) en nuestra Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite pedir un suministro para 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar los servicios de pedido por correo.

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

Es posible que su medicamento con receta 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 de la red. Si no puede acudir a una farmacia de la red, a continuación, mencionamos la circunstancias en las cuales le cubriríamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia que no forma parte de la red:

- Usted viaja fuera del área de servicio del plan (dentro de los Estados Unidos) y se le termina su medicamento de la Parte D cubierto, pierde su medicamento de la Parte D cubierto o se enferma y necesita un medicamento de la Parte D cubierto y no puede acceder a una farmacia de la red.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto por la Parte D en forma oportuna dentro de su área de servicio debido a que, por ejemplo, no hay ninguna farmacia que pertenezca a la red dentro de una distancia razonable que brinde un servicio las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si debe surtir una receta de un medicamento cubierto por la Parte D en forma oportuna y ese medicamento cubierto por la Parte D en particular (por ejemplo, un medicamento huérfano u otra especialidad farmacéutica que son enviados, por lo general, directamente por los fabricantes o proveedores especiales) no está regularmente en existencia en una farmacia minorista o de pedido por correo que pertenezca a la red y que sea accesible.
- Si le proporcionan medicamentos cubiertos por la Parte D, dispensados por una farmacia basada en una institución que no forma parte de la red mientras que usted es paciente en un departamento de emergencias, una clínica basada en el proveedor, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios u otro establecimiento para pacientes ambulatorios, y, como resultado, no puede recibir sus medicamentos de la Parte D surtidos en una farmacia de la red.
- Si recibió su medicamento cubierto por la Parte D durante cualquier declaración federal de catástrofe u otra declaración de emergencia de salud pública en la cual usted sea evacuado o, de otro modo, desplazado de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtenga los medicamentos cubiertos por la Parte D en una farmacia que pertenezca a la red.

En estos casos, cuando usted tiene cobertura para surtir sus medicamentos en una farmacia que no forma parte de la red, usted puede tener un límite para un suministro de 30 días de su medicamento.

En estos casos, **primero consulte a Servicio al Cliente** para ver si hay alguna farmacia que participe en la red cerca de usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen impresos en la contraportada de este manual). 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.

¿Cómo pedir un rembolso del plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia que no forma parte de la red, en general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte de los costos compartidos) en el momento en que surta su medicamento con receta. Puede solicitar que le rembolsemos nuestra parte de los costos compartidos. (El Capítulo 7, Sección 2.1 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 cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)”.* 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 establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son únicamente los cubiertos por la Parte D de Medicare (en este mismo capítulo, en la sección 1.1 se explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, 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:

- ser aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). (Es decir, la Federación de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o enfermedad para los cuales se ha recetado).
- -- *O* bien, está respaldada por ciertos libros de consulta. (Estos libros de consulta son el American Hospital Formulary Service Drug Information [Información sobre los Medicamentos del Servicio de Listas de Medicamentos de los Hospitales Estadounidenses], el DRUGDEX Information System [Sistema de Información DRUGDEX] y la Información de despacho de la Farmacopea de los Estados Unidos (USPDI en inglés) o su sucesor; y, para el cáncer, la National Comprehensive Cancer Network [Red Nacional de Centros Oncológicos Integrales], y Clinical Pharmacology [Farmacología Clínica] o sus sucesores).

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, tiene la misma efectividad que el medicamento de marca y suele costar menos. Existen medicamentos genéricos disponibles que reemplazan a los medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir u medicamento particular en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Existen cinco “niveles de costos compartidos” para los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos

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

- Nivel 1 de costos compartidos: Genérico preferido
  El nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costos compartidos: Genérico
  El Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costos compartidos: Marca preferida
  El Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 de costos compartidos: Medicamento no preferido
  El Nivel 4 incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 de costos compartidos: Nivel de especialidad
  El Nivel 5 es el nivel más alto. Incluye los medicamentos genéricos y de marca de muy alto coso, que pueden requerir una manipulación especial o un monitoreo de cerca.

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

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

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

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (https://brighthealthplan.com/medicare). 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. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros asegurados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos a un precio módico.

En general, las reglas tienen como fin que usted reciba un medicamento que funcione para su problema de salud, y que sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro, de bajo costo funcione 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. También necesitamos cumplir con las reglas y regulaciones sobre la cobertura de los medicamentos y los costos compartidos.

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. 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, Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan usa distintos tipos de restricciones para ayudar a los asegurados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones siguientes contienen más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

En general, un medicamento "genérico" funciona igual que el de marca, y por lo habitual, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando se encuentra disponible una versión genérica del medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le entregarán la versión genérica.** Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema funcionarán en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del gasto sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

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**". Algunas veces, el requisito para obtener la aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. 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 con la misma efectividad, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan el mismo problema de salud, 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 usted puede tener, al limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que le surten un medicamento con receta. 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 con receta a solo una pastilla por día.

Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describen más arriba. Para averiguar si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted está tomando o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web (https://brighthealthplan.com/medicare).

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. Si existe una restricción sobre el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicio al Cliente para saber lo que usted o su proveedor deberían hacer para recibir la cobertura del 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, Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta que usted tome, o uno que usted y su proveedor consideren que usted debería tomar, que no aparezca en nuestra Lista de medicamentos o que aparezca, 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. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, es posible que primero deba probar un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O bien, quizá haya límites en la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etcétera) que se cubra durante un periodo específico. En algunos casos, quizá desee que realicemos una exención de la restricción en su caso.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en el nivel de costos compartidos que hace que su costos compartidos sea más costoso de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco diferentes niveles de costos compartidos. Lo que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costos compartidos en el que se encuentre su medicamento.

Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- 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 medicamentes o si está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Quizá pueda obtener un suministro provisional del medicamento (solo asegurados en ciertas situaciones pueden obtener un suministro provisional). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar por otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una exclusión y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Quizá pueda obtener un suministro provisional

En algunas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro provisional de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de algún modo. Al hacer esto, tendrá más tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de cobertura y decidir qué acciones tomar.

Para ser elegible para recibir un suministro provisional, debe reunir los dos requisitos siguientes:

1. El cambio de la cobertura del medicamento tiene que ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que usted toma ya **no se encuentra en la Lista de medicamentos del plan.**
- -- *O bien* -- el medicamento que toma **ahora está restringido de algún modo** (consulte la Sección 4 de este capítulo para conocer las restricciones).

2. Tiene que encontrarse en una de las siguientes situaciones:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de ser asegurado del plan si es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si ya era participante del plan el año anterior.** Este suministro provisional será para un máximo de 30 días. Si la receta médica es por menos días, permitiremos varios surtidos para proveer un suministro máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención de 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 (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento específico, o menos si la receta médica es para menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.
- Para los asegurados que atraviesen un cambio en el nivel de atención (sean ingresados o dados de alta de un centro LTC), las ediciones de los resurtidos por anticipado no se usarán para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, y dichos afiliados tendrán permitido resurtir un medicamento al momento del ingreso o el alta.

Para pedir un suministro provisional, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Al obtener un suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Puede cambiar por un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. Las secciones siguientes contienen más información acerca de estas opciones.

Puede cambiarlo por otro medicamento.

Primero, hable con su proveedor. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar con la misma efectividad en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de

medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud. Esto puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione en su caso. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Puede pedir que hagan una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso, 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 de la regla. 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 de la Lista de medicamentos o se restringirá de algún modo el año próximo, le permitiremos que solicite una excepción de la Lista de medicamentos por adelantado para el año próximo. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. 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 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 el Capítulo 9, Sección 6.4 podrá encontrar información sobre lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límites que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiarlo por otro medicamento.

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, primero hable con su proveedor. Quizá haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos menor que puede funcionar con la misma efectividad en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud. Esto puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione en su caso. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Puede pedir que hagan una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan una excepción en el nivel de costos compartidos para dicho medicamento, a fin de que usted pague menos por este. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción de la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en el Capítulo 9, Sección 6.4 podrá encontrar información sobre lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límites que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

Los medicamentos en nuestro nivel de medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepciones. No rebajaremos el monto de costos compartidos para los medicamentos que se encuentren en este nivel.

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 cambiar la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Están disponibles nuevos medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno otorgó su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O bien, podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Mover un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costos compartidos.**
- **Agregar o eliminar una restricción de la cobertura de un medicamento** (para obtener información adicional acerca de las restricciones de la cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios a la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los tiempos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Los cambios de la cobertura de su medicamento lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
    - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o más bajo y con la misma restricción o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones.
    - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
    - Usted o su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]).*
    - Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de realizar el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, un medicamento puede retirarse repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se ha retirado del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos sobre este cambio de inmediato.
    - Su proveedor también sabrá acerca de este cambio, y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
    - Es posible que hagamos otros cambios una vez que comience el año y que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias de la FDA en las cajas o en las nuevas directrices clínicas

reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación o darle un reabastecimiento de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Durante este período de 30 días, debe colaborar con su proveedor para cambiar por el medicamento genérico o por un medicamento diferente que cubramos.
- O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]).*

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambio no le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si movemos su medicamento a un nivel de costos compartidos superior.
- Si agregamos una nueva restricción al uso que usted hace del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es posible que no vea ningún aumento en sus pagos ni restricción adicional alguna en su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán, y es importante consultar la Lista de medicamentos del año nuevo para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa acerca de qué tipos de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, tendrá que pagarlos usted mismo. No pagaremos por los medicamentos listados en esta sección. si, mediante una apelación, se establece que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido conforme a la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este manual).

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.
- Generalmente, nuestro plan no puede cubrir el uso no autorizado. "Uso no autorizado" 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 (FDA).
    - En general, la cobertura de un "uso no autorizado" se permite únicamente cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre los Medicamentos del Servicio de Listas de Medicamentos de los Hospitales Estadounidenses), el DRUGDEX Information System (Sistema de Información DRUGDEX); y, para el cáncer, la National Comprehensive Cancer Network (Red Nacional de Centros Oncológicos Integrales) y Clinical Pharmacology (Farmacología Clínica) o sus sucesores. Si ninguno de estos libros de referencia respalda el uso, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso no autorizado".

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

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

Si usted recibe "Ayuda adicional" para el pago de sus medicamentos, su programa Medicaid estatal puede cubrir algunos medicamentos con receta 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 Muestre su tarjeta de asegurado del plan cuando surta un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de asegurado

Para surtir su medicamento con receta, muestre su tarjeta de asegurado del plan en la farmacia de la red de su elección. Cuando muestre su tarjeta de asegurado del plan, la farmacia de la red enviará la factura automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de asegurado consigo?

Si no lleva su tarjeta de asegurado consigo cuando surta el medicamento con receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo retire**. (Puede **solicitar, luego, que le reembolsemos** nuestra parte de los costos compartidos. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo solicitar al plan un reembolso).

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, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas las reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para recibir cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta: cuando ingresa, vive o abandona un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, usted podrá cambiar de plan o de cobertura. (En el Capítulo 10, *Finalización de su participación en el plan,* se explica cuándo podrá abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es un residente en un centro de atención de 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 una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención médica aguda de largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para comprobar si la farmacia de su centro de atención médica aguda de largo plazo forma parte de nuestra red. De no ser así, o si necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si es un residente de un centro de atención médica aguda de largo plazo (LTC) y se convierte en un asegurado nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de algún modo, el plan cubrirá un **suministro provisional** de su medicamento durante los primeros 90 días de su participación. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo (long-term care, LTC) puede proveer el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie). Si ha sido asegurado del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un suministro de 31 días, o menos, si su receta médica es por menos días.

Al obtener un suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar con la misma efectividad en su caso. O bien, usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso, y cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en el Capítulo 9, Sección 6.4 podrá encontrar información sobre lo que debe hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o como jubilado?

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

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilación. Esto significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la “cobertura válida”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilación debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos con receta para el próximo año calendario es “válida” y las opciones que tiene de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**válida**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde estos avisos acerca de cobertura válida, porque es posible que los necesite en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para certificar que usted ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió un aviso acerca de cobertura válida de parte de su empleador o plan grupal de jubilación, puede obtener una copia a través del administrador de beneficios del empleador o del plan de jubilación, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca son cubiertos simultáneamente por el centro para pacientes con enfermedades terminales y nuestro plan. Si está inscrito en un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare y requiere un medicamento para las náuseas, un laxante, un analgésico o ansiolítico que no está cubierto por su centro para pacientes con enfermedades terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las enfermedades relacionadas, nuestro plan tiene que recibir notificación de la persona que 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 no relacionado que nuestro plan debe cubrir, puede solicitar a la persona que receta o a su proveedor del centro para pacientes con enfermedades terminales que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir en una farmacia que surtan su medicamento con 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 todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare, debe llevar a la farmacia documentación para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las normas para recibir cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

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. Estas revisiones son importantes especialmente para los asegurados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que surte un medicamento con receta. 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 otros medicamentos para tratar el mismo problema de salud.
- 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 médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

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

Sección 10.2 Programa de gestión de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de gestión de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de mal uso o abuso de sus medicamentos opioides o con benzodiazepinas, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o de benzodiazepina de una farmacia
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o de benzodiazepina de un médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o de benzodiazepina que cubriremos para usted

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se deberá aplicar a usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explica los términos de las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abuso de medicamentos con receta o la limitación, usted y quien prescribe tienen derecho a solicitar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, o si está recibiendo cuidados paliativos o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programas de gestión de terapias con medicamentos (MTM, en inglés) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros asegurados con necesidades de atención médica complejas. Por ejemplo, algunos asegurados tienen varios problemas de salud, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen costos altos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los asegurados. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros asegurados obtengan el mayor beneficio posible de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de gestión de terapias con medicamentos (MTM). Algunos asegurados que toman medicamentos para diferentes problemas de salud pueden obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional médico harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sobre sus gastos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos con receta y de venta libre. Le daremos un resumen escrito de este diálogo. El resumen incluye un plan de acción para tomar los medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar mejor sus medicamentos, con espacio para que usted tome nota o anote las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma y la razón por la cual los toma.

Le recomendamos que haga que revisen sus medicamentos antes de su visita temprana de “bienestar”, para poder hablar con su médico acerca del plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médicos. Asimismo, tenga a mano su lista de medicamentos (por ejemplo, con su tarjeta de asegurado) en caso de que tenga que ir 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 del programa. Si tiene alguna pregunta relacionada con estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6.Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 143

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos 143

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos 144

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 144

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de cobertura de medicamentos para asegurados de Bright Advantage (HMO)? 144

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 145

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "*Explicación de Beneficios de la Parte D*" (la "EOB de la Parte D") 145

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos 146

SECCIÓN 4 Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 147

Sección 4.1 Usted permanece en la etapa de deducible hasta haber pagado $150 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 147

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 148

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento con receta depende del medicamento y dónde lo surte 148

Sección 5.2 Tabla que le muestra sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento 149

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 150

Sección 5.4 Tabla que le muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* de 90 días de un medicamento 151

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que su costo total de medicamentos para el año alcance los $3,820 152

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de interrupción en la cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 37% de los costos por medicamentos genéricos 153

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de lapso en la cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen el monto de$5,100 153

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por los medicamentos con receta 153

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos 155

Sección 7.1 Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 155

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibió 156

Sección 8.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura por separado para los medicamentos de las vacunas de la Parte D y por el costo de administrar la vacuna 156

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna 157

¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Como, por ejemplo, el programa "Ayuda Adicional" y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un plan de ayuda para pagar por sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Le enviamos un anexo por separado, denominado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también denominado "Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos" o la "Cláusula adicional LIS"), que le informa 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 aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos el término "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y, conforme a la ley, otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre pagos que le suministramos en este capítulo, es necesario que conozca los datos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se enumeran materiales que explican estos datos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulary, en inglés).*** Para simplificar las cosas, la denominamos "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos le informa qué medicamentos están cubiertos en su caso.
  - Asimismo, le informa en cuál de los cinco "niveles de costos compartidos" se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfonos aparecen en la contraportada de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web www.brighthealthplan.com/medicare. La lista de medicamentos que aparece en el sitio web siempre está más actualizada.

- ***Capítulo* 5 de este manual.** En el Capítulo 5 encontrará los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta, incluidas las reglas a seguir para obtener sus medicamentos correspondientes a la Parte D. El Capítulo 5 también informa acerca de qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de farmacias del plan.*** En la mayoría de las situaciones tiene que acudir a una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de farmacias que forman parte de la red del plan. También le informa acerca de qué farmacias de nuestra red pueden proveerle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

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

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "gasto compartido", y existen tres maneras en las cuales podemos solicitarle que pague.

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

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 de medicamentos para asegurados de Bright Advantage (HMO)?

Según lo que se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de cobertura para medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta conforme al plan Bright Advantage (HMO). Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento en que surte un medicamento con receta o vuelve a surtirlo.

Etapa 1 Etapa de deducible anual	**Etapa 2** Etapa de cobertura inicial	**Etapa 3** Etapa de lapso en la cobertura	**Etapa 4** Etapa de cobertura para casos catastróficos
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y nivel 5. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 ($150 es el monto de su deducible para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5). (Encontrará información detallada en la sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1 y de Nivel 2 y usted paga su parte de dicho costo. Después de que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado su deducible de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que sus "costos totales de medicamentos" (sus pagos más cualquier pago del plan en virtud de la Parte D) hasta la fecha alcancen un total de $3,820. (Encontrará información detallada en la sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio para los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 37% del precio para los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"gastos de su bolsillo"** (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de $5,100. Este monto y las reglas para contar costos dentro de dicho monto han sido establecidos por Medicare. (Encontrará información detallada en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019). (Encontrará información detallada en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "*Explicación de Beneficios de la Parte D*" (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha realizado cuando surte sus medicamentos con receta 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 su gasto "**de su bolsillo**".
- Hacemos un seguimiento de sus "**costos totales de medicamentos**". Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de Beneficios* de la Parte D (a veces denominada "EOB de la Parte D") cuando haya surtido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe suministra los detalles de pago de los medicamentos con receta 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.

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 un medicamento con receta. Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que surta y lo que pague, muestre su tarjeta de asegurado cada vez que surta un medicamento con receta.**
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos**. En ocasiones, usted pagará por los medicamentos con receta si nosotros no obtenemos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus gastos de bolsillo, puede suministrarnos copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si a usted le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este manual). A continuación, se enumeran algunas situaciones en las que quizá desee suministrarnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia 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.

- 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.

- **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 y ayudan a que cumpla con los requisitos para la cobertura para casos catastróficos. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas, y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una "EOB de la parte D") por correo postal, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Sección 4.1 Usted permanece en la etapa de deducible hasta haber pagado $150 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

La etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted paga un deducible anual de $150 para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de sus** medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- 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.
- El **"deducible"** es el monto que usted tiene que pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado $150 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted abandonará la etapa de deducible y pasará a la siguiente etapa de cobertura para medicamentos, que es 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 con receta cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento con receta y dónde lo surta.

El plan cuenta con cinco niveles de costos compartidos

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

- **Nivel 1 de costos compartidos: Genérico preferido** - el Nivel 1 es el nivel más bajo e incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2 de costos compartidos: Genérico** - el Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- **Nivel 3 de costos compartidos:** - el Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costos compartidos: medicamento no preferido** : el nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 5 de costos compartidos: Nivel de especialidad** - el Nivel 5 es el nivel más alto. Incluye los medicamentos genéricos y de marca de muy alto coso, que pueden requerir una manipulación especial o un monitoreo de cerca.

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 no se encuentra en la red del plan.
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

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

Sección 5.2 Tabla que le muestra sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento

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

- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento con receta.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o el coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará dicho precio menor por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con recetas surtidos en farmacias que no forman parte de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos recetados surtidos en farmacias que no forman parte de la red.

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

	Costo compartido minorista estándar (que forma parte de la red) (suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos de pedido por correo estándar** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de atención de largo plazo (LTC)** (suministro de hasta 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información)(suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido)	$0	$0	$0	$0
Costo compartido del Nivel 2 (Genéricos)	$8	$8	$8	$8
Nivel 3 de costos compartidos (Marca preferida)	$45	$45	$45	$45
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido)	$95	$95	$95	$95
Costo compartido del Nivel 5 (Nivel de especialidades)	30%	30%	30%	30%

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 con receta cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de menos de

un mes de los medicamentos. En ocasiones, quizá usted desee preguntar al médico que recete un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez y se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico receta un suministro de menos de un mes, usted no deberá pagar el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.

El monto que usted paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes completo dependerá de si es responsable de pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si el medicamento con receta es para un suministro de un mes completo o menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si usted obtiene un suministro de menos de un mes completo, el monto que paga será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que usted paga por día por el medicamento (la "tasa diaria de costos compartidos") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
    - Por ejemplo: supongamos que el copago por su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $30. Esto significa que el monto que usted paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, que da como resultado un pago total de $7.

El costos compartidos diario le permite asegurarse de que un medicamento sea efectivo para usted antes de tener que pagar el suministro de un mes completo. Asimismo, puede pedirle 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 ayudara a planear de mejor manera las fechas en las que deberá volver a surtir diferentes medicamentos con receta, de modo de tener que hacer menos viajes a la farmacia. El monto que usted paga dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4 Tabla que le muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* de 90 días de un medicamento

Para determinados medicamentos, se puede obtener un suministro de largo plazo (también denominado "suministro extendido") al surtir los medicamentos con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo para un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

En la siguiente tabla, se muestra lo que usted debe pagar al obtener un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará dicho precio menor por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

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

	Costo compartido minorista estándar (que forma parte de la red) (suministro de hasta 90 días)	**Costos compartidos de pedido por correo estándar** (suministro de hasta 90 días)
Costo compartido del Nivel 1 (Genéricos preferidos)	$0	$0
Costo compartido del Nivel 2 (Genéricos)	$24	$16
Costo compartido del Nivel 3 Marca preferida	$135	$135
Costo compartido del Nivel 4 Medicamento no preferido	$285	$285
Costo compartido del Nivel 5 (Nivel de especialidades)	30%	30%

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que su costo total de medicamentos para el año alcance los $3,820

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que haya surtido y vuelto a surtir alcance el límite de **$3,820 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total de los medicamentos resulta de la suma de lo que usted ha pagado y de lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado:

- **Lo que usted haya pagado** respecto de todos los medicamentos cubiertos que haya recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye:
  - Los $150 que usted pagó cuando se encontraba en la etapa de deducible.
  - El total que haya pagado en concepto de su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan haya pagado** en concepto de la parte del costo que le corresponda pagar por los medicamentos que se le brinden a usted durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante 2019, el monto que el plan haya pagado durante la Etapa de cobertura inicial también se cuenta para sus costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a realizar un seguimiento respecto de la cantidad que usted y el plan, así como cualquier tercero, hayan pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $3,820 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de $3,820. Si efectivamente alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de interrupción en la cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de interrupción en la cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 37% de los costos por medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de lapso en la cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen el monto de $5,100

Cuando se encuentra en la Etapa de interrupción en la cobertura, el Programa de Descuentos durante la Interrupción en la Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre los medicamentos de marca. Usted debe pagar el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el descuento del fabricante se cuentan para sus gastos de bolsillo, como si los hubiera pagado, y le permiten avanzar a lo largo del lapso en la cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para medicamentos genéricos. Paga, como máximo, el 37 % del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (63 %) no cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo del lapso en la cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y, como máximo, el 37% del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcanzan un monto máximo establecido por Medicare. En 2019, el monto es de $5,100.

Medicare tiene normas respeto de lo que cuenta y lo que no cuenta como sus gastos de bolsillo. Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de $5,100, abandonará la Etapa de lapso en la cobertura y pasará a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por los medicamentos con receta

A continuación, se indican las normas de Medicare que debemos seguir cuando realizamos un registro de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, **puede incluir** 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 de este manual):

- El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:

- La etapa del deducible.
- La Etapa de cobertura inicial.
- La Etapa de lapso en la cobertura.

- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como asegurado de un plan de medicamentos con receta 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 estén acreditados por Medicare, o por el Servicio de Salud para Indígenas. También están incluidos los pagos realizados por el Programa de "Ayuda adicional" de Medicare.**
- También están incluidos algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuentos durante el lapso en la cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pase a la Etapa de cobertura para casos catastróficos:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de $5,100 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

Al sumar sus gastos de bolsillo, **no puede incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos para los medicamentos con receta:

- 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.
- Los medicamentos que no están incluidos en la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluya de la cobertura.
- Los pagos que realiza respecto de los medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan respecto de sus medicamentos genéricos o de marca mientras usted se encontraba en la Etapa del lapso en la cobertura.

- Los pagos realizados por los planes médicos grupales, incluidos los planes médicos ofrecidos por el empleador, respecto de sus medicamentos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- 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).

Recordatorio: 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. Llame a Servicio al Cliente para informarnos al respecto (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo se brinda información sobre este informe). Cuando alcanza un total de $5,100 en gastos de bolsillo dentro del año, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de lapso en la cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le brinda información sobre lo que usted puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted cumple con los requisitos para ingresar a la Etapa de cobertura para casos catastróficos cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $5,100 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, el plan pagará la mayoría del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que resulte *mayor* entre los siguientes:
  - – *O bien* – , coseguro del 5 % del costo del medicamento.
  - – *O bien* – , $3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico y $8.50 para el resto de los medicamentos.

- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibió

Sección 8.1 Es posible que nuestro plan tenga una cobertura por separado para los medicamentos de las vacunas de la Parte D y por el costo de administrar la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para diversas vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **los medicamentos de las vacunas en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **administrar la vacuna**. (Esto a veces se denomina "administración" de la vacuna).

¿Qué debe pagar por una vacuna cubierta por la Parte D?

Lo que debe pagar por una vacuna cubierta por la Parte D depende de tres cosas:

1. El tipo de vacuna (contra qué se lo está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el *cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar), que se encuentra en el Capítulo 4*.
- Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) del plan*.

2. Dónde se le aplica el medicamento de la vacuna

3. Quién le aplica la vacuna.

Lo que paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando le administran la vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de la administración de la vacuna. Puede solicitarle al plan que le rembolse su parte del costo.
- A veces, cuando le administran el medicamento de la vacuna o la vacuna, deberá pagar solo su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona esto, a continuación, encontrará tres maneras comunes de cómo podría recibir una vacuna cubierta por la Parte D. Recuerde que es responsable de todos los costos relacionados

con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de deducible y lapso en la cobertura de su beneficio.

Situación 1: Compra la vacuna cubierta por la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna 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 vacunas).

- Deberá pagar a la farmacia el monto de su copago o coseguro para la vacuna y el costo por administrarla.
- Nuestro plan pagará el resto del costo.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio médico.

- Cuando le administran la vacuna, deberá pagar todo el costo de la vacuna y de la administración.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo; para ello, deberá utilizar los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le rembolsará el monto que haya pagado menos su copago o coseguro normal para la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que nosotros solemos pagar. (Si recibe "Ayuda Adicional", le rembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Compra la vacuna cubierta por la Parte D en la farmacia y, luego, la lleva al consultorio médico donde se la administran.

- Deberá pagar a la farmacia el monto de su copago o coseguro para la vacuna.
- Cuando el médico le administre la vacuna, deberá pagar el costo total del servicio. Luego puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le rembolsará el monto que el médico le haya cobrado por aplicarle la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que solemos pagar. (Si recibe "Ayuda Adicional", le rembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna

Las normas de la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que llame primero a Servicio al Cliente cuando quiera administrarse una vacuna. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

- Podemos brindarle información acerca de cómo nuestro plan cubre sus vacunas y explicarle su parte del costo.
- Podemos brindarle información acerca de cómo mantener bajo su propio costo acudiendo a los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede acudir a un proveedor y una farmacia que forma parte de la red, podemos brindarle información sobre qué debe hacer para que nosotros le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos 161

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 161

SECCIÓN 2 Cómo debe solicitarnos que le realicemos un rembolso o que paguemos una factura que haya recibido 163

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago 163

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa 164

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o el medicamento y el monto que le adeudamos 164

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad ni parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación 165

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias 165

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los gastos de bolsillo de sus medicamentos 165

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte de los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, es posible que advierta que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, puede solicitar a nuestro plan que le rembolse el pago (reintegrar el pago suele llamarse "rembolso"). Es su derecho obtener un reembolso por parte del plan siempre que haya pagado una suma superior a su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan.

En otras oportunidades, es posible que un proveedor le facture el costo total de la atención médica recibida. En muchos casos, debe enviarnos esta 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.

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

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

Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, independientemente de que forme o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solamente responsable de pagar su parte del costo, no todo el costo. Debe solicitar al proveedor que le facture al plan la parte del costo de este.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reintegremos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Cuando 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 ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe usted y le rembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

- Solo debe pagar sus costos compartidos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen otros cargos adicionales, denominados "facturación de saldos adicionales" del costo de un servicio. 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. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos adicionales", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor que forma parte de la red con un monto que usted considere que supera al que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor que forma parte de la red, pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya hecho y solicítenos que le paguemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda 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. (En forma retroactiva 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 rembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar cierta documentación para que gestionemos el rembolso.

Llame a Servicio al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le realicemos un rembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

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

Si acude a una farmacia que no forma parte de la red e intenta usar su tarjeta de asegurado para surtir un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente la reclamación. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su medicamento con receta. (Cubrimos medicamentos con recetas surtidos en farmacias que no forman parte de la red solo en pocas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más detalles).

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le rembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta 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 rembolsemos nuestra parte del costo.

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

Debido a que participa en el programa "Beneficio Adicional" es posible que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta no sean aplicables para usted.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (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 rembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico, a fin de rembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos indicados anteriormente son tipos de decisiones en materia de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]) contiene información sobre cómo realizar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con la factura y la documentación de los pagos que haya realizado. Puede ser una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para que los conserve como constancia.

Para garantizar que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación de reembolso de Medicare 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 https://brighthealthplan.com/medicare o llame al Servicio al Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

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

Presentación de quejas de los Servicios médicos de la Parte C
Bright Health Medicare Advantage - Claims Operations
P.O. Box 853960
Richardson, TX 75085-3960

Presentación de quejas de medicamentos recetados de la Parte D
CVS/Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Debe enviarnos su presentación de quejas dentro de los 12 meses de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si no sabe qué debe pagar o recibe facturas y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

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 y el monto que le adeudamos

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 para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el rembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si no ha pagado el servicio o el medicamento aún, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo postal. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las normas, no le pagaremos nuestra parte del costo. En lugar de ello, le enviaremos una carta en la que se

expliquen los motivos por los cuales no estamos enviando el pago que solicitó y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad ni parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo 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.

Para obtener más información sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones, quejas en relación con la cobertura]*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, puede resultarle útil leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria en la que se explica el proceso de las decisiones y apelaciones en materia de cobertura y se brinda definiciones de términos, como "apelación". Después de haber leído la Sección 4, puede consultar la sección en el Capítulo 9 que brinda información sobre qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para que le devuelvan dinero por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para que le rembolsen el importe de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los gastos de bolsillo de sus medicamentos

Existen algunas situaciones en las que nos debe informar sobre los pagos que realizó de sus medicamentos. En estos casos, usted no nos solicita el pago. Por el contrario, nos cuenta acerca de los pagos para que podamos calcular correctamente los gastos de bolsillo. Es posible que esto lo ayude a cumplir más rápido con los requisitos para acceder a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

A continuación, presentamos dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos acerca de los pagos que realizó para sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento por un precio inferior al nuestro

A veces, cuando se encuentra en la etapa de deducible y la etapa de interrupción en la cobertura, puede comprar un medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior al nuestro.

- Por ejemplo, es posible que una farmacia ofrezca un precio especial por un medicamento. O bien, es posible que tenga una costos compartidos de descuento que no forme parte de nuestro beneficio y que ofrezca un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe acudir a una farmacia que forme parte de la red en estas situaciones y el medicamento debe estar en la lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo para ver si es elegible para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Tenga en cuenta:** Si se encuentra en la Etapa de deducible y la Etapa de lapso en la cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos más rápidamente para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

2. Cuando obtiene un medicamento por medio del programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante del medicamento

Algunos asegurados están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante del medicamento que no pertenece a los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento por medio de un programa que ofrece una compañía farmacéutica, es posible que realice un copago al programa de ayuda al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo para ver si es elegible para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que obtiene su medicamento por medio del programa de ayuda al paciente y no por medio de los beneficios del plan, no pagaremos la parte de los costos de estos medicamentos. Pero si envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos más rápidamente para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Puesto que no solicita el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones en materia de cobertura. No obstante, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8.Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 169

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.) 169

Sección 1.2 Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento 170

Sección 1.3 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 170

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 171

Sección 1.5 Estamos obligados a proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores, y sus servicios cubiertos 172

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención 173

Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones 175

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado deshonestamente o que sus derechos no están siendo respetados? 176

Sección 1.9 Cómo obtener información acerca de sus derechos 176

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan 178

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 178

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact the Bright Health Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with 1-844-202-4974. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact 1-844-202-4974 for additional information.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de forma tal que a usted le sirva (en idiomas que no sean inglés, en braille, impresa en letras grandes, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de forma tal que a usted le sirva, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para responder preguntas de asegurados discapacitados y 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 forma tal que a usted le sirva, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o comuníquese con el coordinador de derechos civiles de Bright Health.

Si tiene dificultades para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja formal. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o en este envío. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener información adicional.

1. 我们必须尊重计划会员权利 1.1	我们须以适合您的方式提供信息（如使用英语以外的语言，盲文，大号字，或其他替代形式等等。

如需通过适合您的方式获得信息，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。
本计划有专人免费为残障会员和不说英语的会员提供翻译服务，解答问题。

此外，我们还可无偿以盲文，大号字，或其他形式为您提供信息。我们将应您要求以合适的方式提供本计划福利相关信息。如需通过适合您的方式获得信息，请致电会员服务中心（电话号码印于手册封底）或联系 Bright Health 民权协调员。

若您在要求以合适的方式获得信息过程中遇到问题，请致电会员服务中心投诉。您也可以致电 Medicare 进行投诉（电话：1-800-633-4227），或直接向民权办公室投诉。联系信息参见承保证明或此信件，或者您也可以联系会员服务中心获取更多信息。

Sección 1.2 Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento

Nuestro plan cumple con leyes que lo protegen contra la discriminación o tratamiento desigual. **No discriminamos a las personas según** raza, etnicidad, nacionalidad, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia sobre presentación de quejas, historial clínico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene dudas sobre discriminación o 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 local de Derechos Civiles.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a recibir atención, comuníquese con nosotros a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como por ejemplo un problema para acceder a una silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Sección 1.3 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como asegurado de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que proporcione y organice sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más al respecto). Llame al Servicio al Cliente para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). No exigimos que obtenga una orden médica para consultar a proveedores que formen parte de la red.

Como asegurado del plan, tiene derecho a obtener consultas 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 con receta 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 la Sección 10 del Capítulo 9 de este manual encontrará información al respecto. (Si le denegamos cobertura para atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9 encontrará información al respecto).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen estas leyes.

- La "información personal sobre su salud" 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.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan el derecho a obtener información y a controlar cómo se usa la información relacionada con su salud. Le brindamos una notificación por escrito, llamada "Aviso de Prácticas de Privacidad", que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a, ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos cualquier información sobre su salud a alguna persona que no le proporciona atención ni paga por su atención, *estamos obligados a obtener en primer lugar un permiso suyo por escrito.* El permiso por escrito lo puede otorgar usted o alguna persona a la que le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted.
- 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.
    - Por ejemplo, nos obligan a difundir información sobre la salud a agencias gubernamentales que estén comprobando la calidad de la atención.
    - Puesto que es un asegurado de nuestro plan por medio de Medicare, nos obligan a darle a Medicare información sobre su salud que incluye información acerca de los medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare difunde su información para investigaciones u otros usos, esto se llevará a cabo según los estatutos y regulaciones federales.

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

Tiene derecho a ver su historial clínico que se encuentra 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 su historial clínico. Si nos solicita hacer eso, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido la información sobre su salud con las demás personas por algún motivo que no sea el de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este manual).

Es posible que divulguemos su información médica protegida (protected health information, PHI) de una manera que cumpla con lo establecido en la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Es posible que divulguemos su PHI a otra partes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, incluidos, entre otros, el programa Medicare, otros planes, su proveedor de atención primaria y otros proveedores, y nuestro socio de atención, Arizona Care Network.

Sección 1.5 Estamos obligados a proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores, y sus servicios cubiertos

Como asegurado del plan Bright Advantage (HMO), usted tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información. (Tal como se explicó en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información por parte de nosotros de alguna forma que le sea conveniente. Esto incluye obtener información en otros idiomas aparte del inglés y en letra grande o en otro formato alternativo).

Si desea obtener algunos de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los asegurados y las calificaciones del desempeño del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los asegurados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores que forman parte de nuestra red, incluidas las farmacias que forman parte de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información por parte de nosotros 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.
    - Para ver la lista de proveedores que forman parte de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores de Bright Health.
    - Para ver la lista de farmacias que forman parte de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias de Bright Health.
    - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web en www.brighthealthplan.com/medicare.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.**

- En los Capítulos 3 y 4 de este manual, se explica cuáles son los servicios médicos que tiene cubiertos, las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir dichos servicios médicos.
- Para conocer los detalles de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) del plan*. En estos capítulos, y en la *Lista de medicamentos*, encontrará información sobre los medicamentos cubiertos y las explicaciones de las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
- Si tiene preguntas acerca de las reglas y restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida de algún modo, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si ya recibió el servicio médico o el medicamento con un proveedor o una farmacia que no formen parte de la red.
  - Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de la atención médica o los medicamentos de la Parte D que estén cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos dicha decisión. Puede solicitar que cambiemos nuestra decisión por medio de una apelación. Para conocer los detalles acerca de lo que debe hacer si algo no está cubierto de la forma en que cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este manual. Allí encontrará los detalles acerca de la forma en que debe presentar la apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indicará cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera u otras inquietudes).
  - Si desea solicitar al plan que pague por su parte de los costos de una factura que haya recibido por atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.6 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 cuando acuda a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su problema de salud 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.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, 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.
- **A recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación por parte de nosotros si algún proveedor le ha negado atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

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 "**instrucciones anticipadas para asuntos médicos**". Existen distintos tipos de instrucciones 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 instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar instrucciones, deberá hacer lo siguiente:

- **Conseguir el formulario.** Si desea redactar una instrucción anticipada, podrá obtener el formulario de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios para instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información acerca de Medicare. Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas en su estado, comuníquese con el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado al 1-303-692-2000.

- **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 documento para que tome las decisiones en caso de que no pueda hacerlo usted. También le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Asegurarse de tener una copia en casa.

Si tiene una hospitalización programada y tiene una instrucción anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo internan, en el hospital le preguntarán si tiene algún formulario de instrucción anticipada firmado y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado ninguna instrucción anticipada, en el hospital podrán proporcionarle los formularios y le preguntarán si desea firmar alguno.

Recuerde, es usted quien decide si desea completar una instrucción 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 instrucción anticipada.

¿Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas?

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico o el hospital no siguieron las instrucciones contenidas en ese documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado llamando al 1-303-692-2000.

Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones

Si tiene algún problema o inquietud acerca de la atención o los servicio cubierto por el plan, en el Capítulo 9 de este manual podrá encontrar instrucciones sobre lo que puede que hacer. Allí encontrará los detalles sobre cómo encargarse de cualquier tipo de problema y queja. Lo que deberá hacer cuando se presente un problema o una inquietud dependerá de la situación en la que se encuentre. Es posible que deba pedir que su plan tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o realizar una queja. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o realizar una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros asegurados hayan presentado a nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.8 ¿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 deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, género, estado de salud, etnia, credo (creencias), edad 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 deshonestamente 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** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse, 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener información acerca de sus derechos

Existen muchos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones con Medicare”. (La publicación está disponible en: https://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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, enumeramos sus responsabilidades como asegurado del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Aprenda cuáles son los servicios cubiertos por el plan y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use este manual de 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 los detalles sobre sus servicios médicos, incluidos los que están cubiertos, los que no lo están, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.
  - En los Capítulos 5 y 6 encontrará los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta que no sea nuestro plan, es necesario que nos lo comunique.** Llame a Servicio al Cliente para informarnos al respecto (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
  - Nosotros estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura combinada cuando recibe servicios cubiertos por el plan. Este proceso se llama "**coordinación de beneficios**" porque involucra la coordinación de los beneficios médicos y de medicamentos que le brindamos con cualquier otro beneficio similar que tenga disponible. Nosotros lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Avíseles a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de asegurado cada vez que reciba atención médica o adquiera sus medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y seguir las instrucciones sobre su tratamiento.**
  - Para que sus médicos y otros proveedores de atención médica puedan brindarle la mejor atención, infórmese todo lo que pueda acerca de sus padecimientos y proporcione la información que necesiten sobre usted y su 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 libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle todo de una forma que sea fácil de entender. Si hace alguna consulta y no entiende la respuesta, consulte de nuevo.

- **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:
  - Para ser elegible para nuestro plan, tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos de los asegurados deben pagar una prima por la Parte A. La mayoría de ellos deben pagar una prima por la Parte B para continuar estando asegurado.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte de los costos. Esto es lo que llamamos un copago (monto fijo) o coseguro (porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 encontrará información sobre lo que deberá pagar por los servicios médicos que reciba. En el Capítulo 6 encontrará información sobre lo que usted tiene que pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por algún otro seguro en el que esté inscrito, usted tendrá que pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle cobertura para un servicio o medicamento, podrá presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.
  - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si se le requiere que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted deberá pagar el monto adicional directamente al gobierno para poder seguir estando asegurado por el plan.
- **Avísenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir estando asegurado por nuestro plan.** (En el Capítulo 1 encontrará la explicación sobre el área de servicio). Podemos ayudarlo incluso si va a mudarse fuera de nuestra área de servicio. Si está por mudarse fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial durante el cual podrá inscribirse a cualquier plan de Medicare que esté disponible en el área a la que vaya a mudarse. Podremos avisarle si tenemos algún plan en su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de participación de asegurado al día y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Podrá encontrar los números de teléfono y la información de contactos de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda o tiene alguna pregunta o inquietud.** También nos gustaría escuchar cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
    - Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual.
    - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

INFORMACIÓN GENERAL 185

SECCIÓN 1 Introducción 185

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 185

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales? 185

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros 185

Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada 185

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 186

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿Debería usar el proceso de presentación de quejas? 186

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA 187

SECCIÓN 4 Guía de los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 187

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general 187

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 188

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación? 189

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 190

Sección 5.1 Esta sección le dice qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reintegremos nuestra parte del costo de su atención 190

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea) 191

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan) 194

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2 197

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica? 199

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 200

Sección 6.1 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 200

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 202

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones 204

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 204

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan) 208

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 210

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 213

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos 213

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 214

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 217

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1? 218

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto 221

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre tres servicios únicamente:* servicios de atención médica a domicilio, de atención en un centro de enfermería especializada y de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 221

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuando finalizará su cobertura 221

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 222

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 224

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1? 226

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al nivel 3 y más allá 228

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 228

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D 230

CÓMO PRESENTAR QUEJAS 231

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas 231

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas? 231

Sección 10.2 El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja formal” 233

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo realizar una queja 234

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad 235

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja 235

INFORMACIÓN GENERAL

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para tratar los problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, deberá recurrir al **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, tendrá que recurrir al **proceso de presentación de quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar que sus problemas sean atendidos con honestidad y rapidez, existen reglas, procedimientos y fechas límite para cada proceso que nosotros y usted tenemos que cumplir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía que se encuentra en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

Existen términos técnicos 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 simplificar las cosas, en este capítulo se explican las reglas y procedimientos legales con palabras más sencillas que remplazarán a 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 de 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 para la situación en la que se encuentre. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando trate su problema y a 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 Puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

En ocasiones, comenzar o continuar con un proceso para tratar un problema puede resultar confuso. En especial, si no se siente bien o su energía se ve limitada. Otras veces, es posible que ya posea el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Solicitar ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones es posible que desee que lo ayude o guíe una persona que no esté conectada con nosotros. Siempre podrá comunicarse con su **Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP, State Health Insurance Assistance Program)**. Este programa gubernamental ha capacitado a consejeros en todos los estados. 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 en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual.

También podrá obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda con la gestión de un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, aparecen dos formas en las que podrá obtener información directamente de 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 (https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿Debería 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 siguiente guía lo ayudará.

Para descubrir qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específico, **COMIENCE AQUÍ ¿Tiene un problema o inquietud con respecto a sus beneficios o cobertura?**

(Esto incluye problemas acerca de si algún tipo de atención médica o medicamento con receta específico está cubierto o no, la forma en que lo está y los problemas relacionados con el pago por la atención médica o medicamentos con receta).

Sí. Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura.

Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, "Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura".**

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Salte a la Sección 10 de este capítulo:**"Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas".**

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA

SECCIÓN 4 Guía de los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe usar para tratar problemas con respecto a si algo está o no cubierto y la forma en que lo está.

Solicitar decisiones de cobertura

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. Por ejemplo, su médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (a su favor) por usted si recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo refiere a un especialista. 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 crea necesitar. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Cuando tomamos una decisión de cobertura, decidimos qué es lo que está cubierto y cuánto debemos pagar. 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, usted podrá presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con ella, usted podrá "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

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. Su apelación es tratada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, las cuales discutiremos más adelante, usted puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada o una apelación rápida sobre una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es negativa para todas o algunas de sus apelaciones de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es presentada por una organización independiente que no esté conectada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si eso sucede, le avisaremos. En otras situaciones, será usted quien deba solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son algunos recursos que tal vez desee usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelación:

- Puede **llamarnos a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Para **obtener ayuda de una organización independiente** que no esté conectada con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
    - 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 solicitar apelación después del Nivel 2, su médico debe estar designado como su representante.
    - Para medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que receta debe estar designado como su representante.

- **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.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante conforme a la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona, sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) y pida el formulario "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado, o bien averiguar el nombre de un abogado de su colegio local de abogados u otro servicio de referidos. 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 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de 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 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** 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 8** 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno como el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual se encuentran los números de teléfono de este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía de "los principios básicos" de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar esta sección.

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

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)*. Para simplificarlo, en general, nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir todo el tiempo "servicios, tratamiento o atención médica".

Esta sección 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.
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.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que cree que debe cubrir el plan, pero hemos dicho que no pagaremos esta atención.
4. Recibió y pagó atención o servicios médicos que considera que el plan debe cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le rembolse esta atención.
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.

   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 otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales en estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: servicios de atención médica a domicilio, de atención en un centro de enfermería especializada y de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Para *todas las otras* situaciones en que le informen que se interrumpirá la atención médica que recibe, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿Cuál de estas situaciones es la suya?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos la atención o servicios médicos que desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Lea la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2.**
¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la manera que usted desea que esté cubierto o pago?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Salte a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea pedirnos que le rembolsemos el pago de la atención médica o servicios que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Salte a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales	*Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **"determinación de la organización".***

<u>Paso 1:</u> Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. En caso de que su salud exija una respuesta rápida, nos debe solicitar que tomemos una **"decisión de cobertura rápida".**

Términos legales	***Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "determinación acelerada".***

Cómo solicitar cobertura por la atención médica que desea

- 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.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

En general, usamos las fechas límite estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite "estándar", a menos que hayamos acordado usar las fechas límite "rápidas". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

- **No obstante, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si nos pide más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores que no forman parte de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas.**
  - **No obstante, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores que no forman parte de la red) o si necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
  - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede recibir una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no haya recibido.* (No puede recibir una decisión rápida de cobertura si su solicitud trata sobre el pago de atención médica que ya recibió).

- Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo si usar las fechas límite estándares 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 decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos de decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta donde le informaremos esto (y usaremos, en cambio, las fechas límite estándares).
  - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, comunicaremos automáticamente dicha decisión.
  - La carta también le informará 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. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos una respuesta.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, para una decisión de cobertura rápida, le responderemos **dentro de las 72 horas**.
  - Como se explicó antes, podemos tardar hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, le informaremos por escrito.
  - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un plazo extendido, al finalizar ese plazo), tiene derecho a apelar. En la sección 5.3 se indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o prestar la cobertura de atención médica que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendiéramos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o brindaremos la cobertura al finalizar ese plazo extendido.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito sobre por qué rechazamos la solicitud.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar"

- En general, una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta **dentro de un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.**
  - Podemos tardar hasta 14 días calendario más ("un plazo extendido") en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, le informaremos por escrito.
  - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un plazo extendido, al finalizar ese plazo), tiene derecho a apelar. En la sección 5.3 se indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de los 14 días calendario después de recibida su solicitud. Si extendiéramos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o brindaremos la cobertura al finalizar ese plazo extendido.
- **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.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, deberá decidir si desea presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos (y tal vez cambiemos) esta decisión, mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar otra vez obtener cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3. a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales	*Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina "reconsideración" del plan.*

<u>Paso 1:</u> Puede comunicarse con nosotros y presentar su apelación. Si su salud requiere de respuesta rápida, tiene que pedir una **"apelación rápida**".

Lo que debe hacer

- **Para iniciar la apelación, usted, su médico o su representante tienen que comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con la apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela en una solicitud por escrito.**
    - Si otra persona apela en su nombre nuestra decisión, y esa persona no es su médico, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante donde se autoriza a esta persona a que lo represente. Para conseguir el formulario, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) y pida un formulario de "Designación de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare: https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o finalizar nuestra revisión hasta no recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar la decisión sobre su apelación) se descartará 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.
- **Si solicita una apelación rápida, presente la apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica).*
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite y tiene un buen motivo, le podemos dar más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo para incumplir la fecha límite pueden incluir si tuvo 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, y agregar más información para fundamentar su apelación.**
    - Tiene derecho a pedirnos copia de la información sobre su apelación.
    - Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" (puede llamarnos para solicitarla)

Términos legales	*Una "apelación rápida" también se llama "reconsideración acelerada".*

- 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".

- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los que se necesitan para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se indican anteriormente en esta sección).

- Si su médico nos informa que su salud requiere de una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos otra vez cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

- Obtendremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted, o con su médico, para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Cuando usamos las fechas límites 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.
    - No obstante, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más.** Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
    - 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. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.

- **Si rechazamos todo o parte de su solicitud,** enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si aplicamos las fechas límite estándares, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendarios** después de recibida su apelación si su apelación trata sobre la cobertura de servicios que no recibió aún. Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.

- No obstante, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más.** Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si cree que no debemos tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).
- Si no le comunicamos una respuesta dentro de la fecha límite anterior, (o al final del plazo extendido, si nos tomamos días adicionales) debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de los 30 días calendario después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos todo o parte de su solicitud,** enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si nuestro plan rechaza todo o parte de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando lo hacemos, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2

Si nuestro plan rechaza su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe modificarse.

Términos legales	*El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es* ***"Entidad de Revisión Independiente".*** *A veces se denomina* ***"IRE."***

<u>Paso 1:</u> La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- 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.**
- 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" al nivel 1, también la tendrá al nivel 2

- Si presentó a nuestro plan una apelación rápida a Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida a Nivel 2. La organización de revisión debe responderle a su apelación de nivel 2 dentro de las **72 horas** del momento en que recibe su apelación.
- No obstante, si la Organización de Revisión Independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.**

Si tuvo una "apelación estándar" al nivel 1, también la tendrá al nivel 2

- Si presentó a nuestro plan una apelación estándar a Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar Nivel 2. La organización de revisión debe responderle a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** del momento en que recibe su apelación.
- No obstante, si la Organización de Revisión Independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.**

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 acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, 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 en el caso de las solicitudes estándar o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión en el caso de las solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza todo o parte de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto es lo que se denomina "defender la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de Revisión Independiente "defiende la decisión" tiene derecho a la apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo saber el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

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 se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para seguir con el proceso de apelación, debe decidir si desea seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se ocupa de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos que le rembolsemos un pago por atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe los casos en los que deberá solicitar un rembolso o pago de una factura que recibió de un proveedor. También informa cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos el pago.

Solicitar un rembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos que solicitan el reembolso, nos pide que tomemos una decisión de cobertura (si desea más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto por el plan (consulte el Capítulo 4:
Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que debe pagar usted]). También verificaremos si siguió todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aprobaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que *aceptar* su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta donde indique que no pagaremos los servicios y detallaremos los motivos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que rechazar su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y nosotros respondemos que no pagaremos?

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 5.3. Lea esta sección para ver las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un rembolso, debemos responderle dentro de los 60 días calendario después de recibir 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 el pago que solicitó, a usted o al proveedor, 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 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía de "los principios básicos" de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 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 como asegurado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse 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 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **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 con receta cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más información sobre lo que significan los medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones en la cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 *(Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos con*

receta de la Parte D) y el Capítulo 6 *(Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D).*

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Según lo analizado en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

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

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, incluido lo siguiente:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  - 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).
  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos superior.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si usted cumple con las normas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos solicitar primero nuestra aprobación para que le brindemos esa cobertura).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que no se puede surtir su medicamento con receta según lo indicado en la receta, usted recibirá un aviso por escrito donde le explicarán cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Este es un pedido de decisión de cobertura sobre un pago.

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

Esta sección le informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para determinar qué parte tiene la información correspondiente a su situación:

¿Cuál de estas situaciones es la suya?

¿Necesita un medicamento que no aparece en nuestra Lista de medicamentos o necesita una exención de una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	¿Desea pedirnos que le rembolsemos el pago del medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que esté cubierto o pago?
Nos puede pedir que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Salte a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede pedirnos un rembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Salte a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Salte a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

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. De manera similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su pedido de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se le apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. 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 cubiertos.*** (La denominamos "Lista de medicamentos" para abreviar).

Términos legales	*Pedirnos cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una* ***"excepción de la Lista de medicamentos".***

- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplique a los medicamentos de Nivel 4. No puede pedir una excepción a un monto de copago o coseguro que nosotros le exijamos pagar por el medicamento.

2. **Eliminación de una restricción sobre nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales	*La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento también se denomina solicitud de una* ***"excepción a la lista de medicamentos".***

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura para determinados medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Obtención de la aprobación anticipada del plan* antes de que aceptemos cubrir su medicamento. (Esto también se denomina "autorización previa").
  - *Exigencia de probar un medicamento diferente al principio* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto también se denomina "terapia escalonada").
  - *Límites que rigen la cantidad.* Para determinados medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y eximir una restricción para usted, puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro 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 alguno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo es el nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

Términos legales	*Pedir pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina pedir una* ***"excepción en los niveles".***

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido de los medicamentos alternativos. Esto reduciría su parte del costo compartido del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de producto biológico para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar 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 está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.

- No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (nivel de medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de niveles y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente usted pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones

Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otra persona 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 condición 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 adversos 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.

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 condición.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión al presentar una apelación. En la sección 6.5 se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechacemos la solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura acerca de los medicamentos o el pago que necesita. En caso de que su salud exija una respuesta rápida, debe solicitar que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede

solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le rembolsemos el monto de un medicamento que ya compró.

Lo que debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) puede hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D.* O si solicita que le rembolsemos un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos la parte del gasto que nos corresponde pagar por la atención médica o un medicamento que haya recibido*.

- **Usted, su médico u otra persona que sea su representante** pueden solicitar una decisión de cobertura. La sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede solicitar a un abogado que actúe como su representante.

- **Si desea solicitarnos que le rembolsemos un pago por un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe los casos en los que deberá solicitar un reembolso. También indica cómo enviarnos el papeleo en el que se nos solicita el rembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted haya pagado.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona que receta deben presentarnos los motivos médicos por los que solicita una excepción del medicamento. (Esto es lo que denominamos "declaración de respaldo"). Su médico u otra persona que receta puede enviarnos dicha declaración por fax o 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. Consulte las secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.

- **Debemos 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 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión rápida de cobertura"

Términos legales	***Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "determinación de cobertura acelerada".***

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite "estándar", a menos que hayamos acordado usar las fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su

médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede recibir una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no haya recibido.* (no puede recibir una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le rembolsemos el monto de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si usar las fechas límite estándares puede *causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad de funcionar.*
- **Si su médico o la persona que receta nos informa que su salud exige una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente comunicarle 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 decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos de decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta donde le informaremos esto (y usaremos, en cambio, las fechas límite estándares).
  - Esta carta le informará que, si su médico o la persona que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, comunicaremos automáticamente dicha decisión.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud y le comunicamos una respuesta.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Si usamos las fechas límite rápidas, tenemos que comunicarle una respuesta **dentro de las 24 horas.**
  - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. 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 externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.

- **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 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 presentar una apelación.

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

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le comunicaremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. 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 independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **prestar la cobertura** que hemos acordado prestar **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 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 independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **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 presentar una apelación.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, deberá decidir si desea presentar una apelación.

- En caso de que rechacemos la solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedimos que reconsideremos —y probablemente que cambiemos— la decisión que hemos tomado.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

Términos legales	*Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina "**redeterminación**" del plan.*

Paso 1: Puede comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere de respuesta rápida, tiene que pedir una **"apelación rápida".**

Lo que debe hacer

- **Para iniciar la apelación, usted (su representante, médico o la persona que receta) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo postal o a través de nuestro sitio web, para cualquier propósito relacionado con la apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela en una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar la apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D).*
- **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 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite y tiene un buen motivo, le podemos dar más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo para incumplir la fecha límite pueden incluir si tuvo 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.**
  - Tiene derecho a pedirnos copia de la información sobre su apelación.

- Si lo desea, usted y su médico o la persona que receta pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, solicite una "apelación rápida"

Términos legales	*Una "apelación rápida" también se denomina "**redeterminación acelerada**".*

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que receta deben decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los que se necesitan para obtener una "decisión rápida de cobertura" que se menciona en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: 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 persona que receta para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Si usamos las fechas límites rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud lo exigiera.
  - 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. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si aplicamos las fechas límite estándares, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibida su apelación por un medicamento que todavía no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes en caso de que aún no haya recibido el medicamento y su enfermedad exigiera que lo hagamos. Si considera que su salud lo exige, debe solicitar una "apelación rápida".
  - 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. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, **tenemos que prestar la cobertura** que acordamos prestar con la rapidez que su salud exija, sin embargo, debemos hacerlo **antes de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del importe de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de 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.
- Si está solicitando el reembolso de un pago por 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 le comunicamos una respuesta dentro de los 14 días calendario, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones; en ese caso, una organización independiente se encargará de revisar su solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **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 presentar una apelación.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si aceptar esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si aceptar esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe modificarse.

Términos legales	*El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es* ***"Entidad de Revisión Independiente".*** *A veces se denomina* ***"IRE."***

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, 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.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tengamos acerca de su apelación. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para fundamentar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y comunica una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D que recibe a través de nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos en los que se basó.

Fechas límite para una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si su salud lo exigiera, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión 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.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos prestar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si esta es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando el reembolso de un pago por un medicamento que ya compró, la organización de revisión tiene que comunicarle una respuesta para su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, tenemos que **prestar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** posterior a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de rembolso del costo 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 su apelación, eso significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto es lo que se denomina "defender la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "defiende la decisión" tiene derecho a la apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe cumplir con un monto 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. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe discutirse para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con este requisito, usted elige si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para seguir con el proceso de apelación, debe decidir si desea seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encontrarán en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se ocupa de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está 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. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)*.

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. También 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 haya decidido 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. En esta sección se explica cómo realizar dicha solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas aquellas personas que participan en Medicare obtienen una copia de este aviso siempre que sean hospitalizadas. Una persona perteneciente al hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) debe entregárselo en un plazo de dos días posteriores a su internación. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso detenidamente y consulte en caso de no entenderlo. En él se explican sus derechos como paciente hospitalizado, que incluyen los siguientes:

- 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 de todas las decisiones sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

- Su derecho a apelar la decisión sobre su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales	*El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata 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. (la sección 7.2 a continuación le explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).*

2. **Tiene que firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Usted o una persona que lo represente tienen que firmar el aviso. (la sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no incluye su fecha de alta (su médico o el personal del hospital se la informarán). Firmar el **aviso *no* significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
3. **Conserve una copia** del aviso firmado, para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de atención) a su alcance en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso con más de dos días de anticipación al día que deje el hospital, 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 (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) 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 https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 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.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas límite que corresponden a las acciones que tiene que llevar a cabo.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). O bien, llame

a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben un pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare.

¿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, Sección 4, de este manual).

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 su fecha prevista del alta.** (Su "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que deje el hospital).
    - 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 sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - Si *no* cumple con esta fecha límite y 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.
- Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad respecto a su apelación, en cambio, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Deberá solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted pide que la organización use las fechas límite "rápidas" para la apelación en lugar de usar las fechas límite "estándar".

Términos legales	*Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata" o una **"revisión acelerada"**.*

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (a quienes llamaremos "revisores" para abreviar) 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.
- Al mediodía del día posterior al día en que los revisores informaran a nuestro plan su apelación, usted también recibirá aviso por escrito con su fecha de alta prevista y donde se explicarán 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.

Términos legales	*Esta explicación por escrito se denomina "**Aviso detallado de alta". Puede obtener una muestra de este aviso si llama a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una muestra de este aviso en línea en* https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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 organización de revisión acepta su apelación, **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. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, 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 le 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* 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 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

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 una apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron 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.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pide 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 permaneció 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 una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión acepta:

- **Tenemos que rembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que ha recibido desde 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 y no la modificarán. Esto se llama "defender la decisión".
- 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 un abogado mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se ocupa de la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar con rapidez para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación de su alta hospitalaria. ("Con rapidez" significa antes de abandonar el hospital y antes de su fecha de alta prevista). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación* de Nivel 1 alternativa

Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad puede presentar una apelación ante nosotros para solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite "estándar".

Términos legales	*Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama **"apelación acelerada"**.*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite "rápidas" en lugar de "estándar".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta prevista para verificar si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente adecuada para usted. Verificaremos si la decisión sobre el momento en que debe abandonar el hospital fue justa y siguió todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límite "rápidas" y no las "estándares" para darle la respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que deberá seguir en el hospital después de la fecha prevista del alta, y seguiremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras esto sea médicamente necesario. También significa que aceptamos rembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida, significa que** decidimos que su fecha prevista de alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría su cobertura.
    - Si permaneció en el hospital después de su fecha prevista del alta, es posible que **tenga que pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted automáticamente pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: *Proceso de apelación* de Nivel 2 Alternativa

Si nuestro plan rechaza su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente**

revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe modificarse.

Términos legales	*El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es* ***"Entidad de Revisión Independiente".*** *A veces se denomina* ***"IRE."***

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos que enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos las fechas límite, u otras, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.

- **Si esta organización *acepta* su apelación,** tenemos que rembolsarle (reintegrarle) nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta prevista. También tenemos que continuar la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados del plan mientras esto sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que rembolsaríamos, o el tiempo durante el cual continuaríamos la cobertura de sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada.

    - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proseguir al Nivel 3 de apelación, a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, decide usted si aceptará esta decisión o pasará al Nivel 3 y presentará una tercera apelación.

- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre tres servicios únicamente:* servicios de atención médica a domicilio, de atención en un centro de enfermería especializada y de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Esta sección es sobre los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que reciba.
- **Atención de enfermería especializada** que reciba como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para saber los requisitos para considerarlo "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que reciba como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o accidente, o que está en recuperación después de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando reciba alguno de estos tipos de atención, tendrá derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos por el plan para ese tipo de atención mientras sea necesaria la atención para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Si desea más información sobre sus servicios cubiertos por el plan, incluida su parte del costo y las limitaciones a la cobertura que puedan aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)*.

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 8.2 Le informaremos con anticipación cuando finalizará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención, recibirá un aviso.**
    - El aviso por escrito le informa la fecha en la cual dejaremos de cubrir su atención.

- El aviso por escrito también le indica lo que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre el momento de finalización de su atención, y para seguir la cobertura por un período más prolongado.

Términos legales	*Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le indica 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. (La Sección 8.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).* *El aviso por escrito se denomina **"Aviso de no cobertura de Medicare"**. Puede obtener una copia de muestra si llama a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una copia en línea en* https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o una persona que lo represente tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- 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 el plan en que es el momento de interrumpir su atención.

Sección 8.3 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.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas límite que corresponden a las acciones que tiene que llevar a cabo. También existen fechas límite que tiene que seguir nuestro plan. (Si cree que no cumplimos nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de nivel 1 a tiempo, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe modificar la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presentar su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión. Tiene que actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que reciben un pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de atención que reciben las personas quienes participan en Medicare y revisan las decisiones del plan sobre el momento de interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió 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, Sección 4, de este manual).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una "apelación por vía rápida" (para efectuar una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Tiene que comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día posterior a haber recibido el aviso por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención.*

- Si no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad respecto a su apelación, en cambio, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (a quienes llamaremos "revisores" para abreviar) 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 también recibirá un aviso nuestro por escrito que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales	*Este aviso explicativo se denomina **"Explicación detallada de no cobertura"**.*

Paso 3: Dentro del día posterior al día en que tienen toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- 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). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios cubiertos por el plan (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- 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, en inglés) después de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted 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.

- Esta primera apelación que presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. 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 otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención después de finalizar la cobertura de su atención, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron 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.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pide otra revisión.

- Tiene que solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** 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 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 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 rembolsarle** 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 en caso de rechazo de la organización de revisión?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos en su Apelación de Nivel 1, y no la modificarán.
- 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 un abogado mediador.

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 los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se ocupa de la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar con rapidez para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación* de Nivel 1 alternativa

Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad puede presentar una apelación ante nosotros para solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite "estándar".

Estos son los pasos para una apelación de Nivel 1 Alternativa:

Términos legales	*Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama* ***"apelación acelerada"****.*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite "rápidas" en lugar de "estándar".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre el momento de finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos otra vez toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos las fechas límite "rápidas" y no las "estándar" para darle la respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si *aceptamos* su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo, y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos por el plan mientras esto sea médicamente necesario. También significa que aceptamos rembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si *rechazamos* su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha en que le indicamos, y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo 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 indicamos que finalizaría su cobertura, **usted tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted *automáticamente* pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: *Proceso de apelación* de Nivel 2 Alternativa

Si nuestro plan rechaza su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe modificarse.

Términos legales	*El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE."***

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos que enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos las fechas límite, u otras, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** tenemos que rembolsarle (reintegrarle) nuestra parte de los costos de atención que haya recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. También tenemos que seguir brindando cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que rembolsaríamos, o el tiempo durante el cual continuaríamos la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación, y no la modificarán.
    - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proseguir al Nivel 3 de apelación.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado mediador se ocupa de la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación al nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones 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. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba en su Apelación de Nivel 2 explicará con quién debe 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 (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede estar finalizado* o *no*. - *Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 4. A diferencia de la decisión a Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.***
  - Si decidimos ***no*** apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
  - 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 el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, 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 Juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el aviso que recibirá le informará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 4	El Consejo de apelaciones **(Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es 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* - Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5. A diferencia de la decisión a Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.**

- Si decidimos ***no*** apelar la decisión, tenemos que autorizar o brindarle el servicio 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. Si las normas le permiten seguir, el aviso por escrito también le indicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer a continuación, si decide proseguir con su apelación.

Apelación de nivel 5	Un juez del Tribunal de Distrito Federal **revisará su apelación.**

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones 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 (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado mediador 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.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de derecho administrativo o el abogado mediador 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 Juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el aviso que recibirá le informará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 4	El Consejo de apelaciones **(Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.**

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado. Se aprobó lo que solicitó en la apelación. 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 las apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de nivel 5. Si las normas le permiten seguir, el aviso por escrito también le indicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer a continuación, si decide proseguir con su apelación.

Apelación de nivel 5	Un juez del Tribunal de Distrito Federal **revisará su apelación.**

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas

Si su problema es por decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no corresponde en su caso*. En cambio, deberá utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar 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 Servicio al Cliente que recibe. Estos son ejemplos de tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que usted considera que debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente, u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con el modo en que lo ha tratado el Servicio al Cliente? • ¿Cree que le recomiendan abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿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? ○ Los ejemplos incluyen esperas prolongadas por teléfono, o en la sala de espera, o cuando se surte un medicamento, o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital o consultorio del médico?
Información que le brindamos	• ¿Cree que no le hemos brindado un aviso que debíamos enviarle? • ¿Cree que la información por escrito que le entregamos es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de solicitud de decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las Secciones 4 a la 9 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, utiliza ese proceso, no el de quejas. No obstante, si ya 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: • Si nos solicitó una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida" y le respondimos que no se la otorgaremos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos informan que debemos cubrir o rembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, existen fechas límite que se aplican. Si cree que no cumplimos estas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le informamos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no hacemos eso dentro del plazo anterior a la fecha límite requerida, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentación de una queja" es "presentación de una queja formal"

Términos legales	• *Lo que esta sección denomina **"queja"** también se llama **"queja formal".*** • *Otro término para **"presentación de una queja"** es **"presentación de una queja formal".*** • *Otra forma de decir "**uso del proceso para quejas"** es "**uso del proceso para presentar una queja formal".***

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo realizar una queja

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

- **En general, llamar al Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, el Servicio al Cliente se lo informará. Puede contactarnos a Servicio al Cliente al 1-844-202-4793, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Para TTY, puede contactarnos al 711 (1-844-202-4793) de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de lunes a viernes, desde el 1 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.
- Puede enviar su queja dentro de los 60 días del evento o incidente por escrito a Bright Health Medicare Advantage - Appeals & Grievances, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943. También puede enviarnos su queja por fax al 1-800-894-7742. Usted o alguien en su nombre (por ejemplo, un familiar, amigo, abogado, defensor, médico o cualquier otra persona que actúe en su nombre) puede presentar una queja. La persona que usted designe sería su "representante autorizado". Para obtener información sobre cómo designar a su representante, puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura al reverso de su tarjeta de identificación.
- Debemos abordar su queja con la rapidez que su caso exija en función de la condición de su salud, pero no más tarde que 30 días después de que recibamos su queja. Podemos extender el plazo en hasta 14 días si solicita una extensión o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es lo más adecuado para usted. Si extendemos el plazo para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si su queja es por discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal por discriminación llamando al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o escribiéndonos a: Bright Health, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943.
- **Ya sea por teléfono o por correo, debe comunicarse de inmediato con Servicio al Cliente.** La queja se debe presentar dentro de los 60 días calendario después de que haya tenido el problema por el cual desea presentar la queja.
- **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.**

Términos legales	*Lo que esta sección denomina **"queja rápida"** también se llama **"queja formal acelerada".***

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. Si su estado de salud nos exige responder con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responde en 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 no estamos de acuerdo** con todo o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su queja, le informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos o no de acuerdo con la queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que le brindamos mediante el proceso paso a paso que se explicó anteriormente.

Cuando su queja se trate sobre *calidad de atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió, directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - 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.
  - 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, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O bien puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Bright Advantage (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usa esta información para contribuir a la mejora de la calidad de Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no soluciona su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Finalización de su participación en el plan

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 238
Sección 1.1 Este capítulo trata sobre la finalización de su participación en nuestro plan..... 238

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan? 238
Sección 2.1 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción anual..... 238
Sección 2.2 Puede finalizar su participación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. 239
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su participación durante el Período de inscripción especial 240
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su participación? 241

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan? 241
Sección 3.1 En general, finaliza su participación al inscribirse en otro plan 241

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan..... 242
Sección 4.1 Hasta la finalización de su participación, sigue siendo asegurado de nuestro plan 242

SECCIÓN 5 Bright Advantage (HMO) debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones..... 243
Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su participación en el plan? 243
Sección 5.2 Nosotros no podemos obligarlo a abandonar el plan por un motivo relacionado con su salud 244
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su participación en nuestro plan 244

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre la finalización de su participación en nuestro plan

La finalización de su participación en el plan Bright Advantage (HMO) puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (cuando no es de su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que desea abandonarlo.
    - Solo existen ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, donde puede finalizar voluntariamente su participación en el plan. La Sección 2 le informa cuándo puede finalizar su participación en el plan.
    - El proceso para finalizar voluntariamente su participación varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su participación en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en que usted no decide finalizar la participación sino que nosotros se lo exigimos. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su participación.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta la finalización de la participación.

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

Puede finalizar su participación en nuestro plan solo en ciertos momentos del año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los asegurados tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierto de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 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 anual coordinado"). En este momento usted debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto ocurre del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más información sobre los programas de gestión de fármacos.

- **¿A qué tipo de plan puede pasar durante el Período de inscripción anual? Puede elegir mantener su cobertura actual o realizar cambios a su cobertura para el año seguidero? Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir uno de los siguientes tipos de planes:**

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
- Original Medicare con un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

- – o bien – *Original Medicare sin un plan de medicamentos sin receta de Medicare por separado.*
  - **Si recibe "Ayuda extra" de Medicare para pagar sus fármacos recetados:** Si cambia al Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática. **Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta, 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. (Cobertura "válida" significa que la cobertura debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Finalizará su participación cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1.º de enero.

Sección 2.2 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.**

- **¿Cuándo es Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** esto pasa todos los años entre el 1 de enero y el 31 de marzo.

- **¿A qué tipo de plan puede pasar durante el Período de inscripción anual de Medicare Advantage? Durante este tiempo, usted puede:**
  - Cambiar a otro Plan de ventajas de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura de medicamentos.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes luego de que se inscribiera en un plan diferente de Medicare Advantage o nosotros recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta 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 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su participación durante el Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los asegurados del plan Bright Advantage (HMO) podrían reunir los requisitos para finalizar su participación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un periodo de inscripción especial?** En cualquiera de las siguientes situaciones, usted podría reunir los requisitos para finalizar su participación durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para ver la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - En general, cuando se mude.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si reúne los requisitos para el " Ayuda Adicional" para el pago de sus medicamentos con receta 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).
  - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE, en inglés).

- **¿Cuáles son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción pueden variar en función de su situación.

- **¿Qué puede hacer?** 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 con receta. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
  - – *o bien* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
    - Si recibe "Ayuda extra" de Medicare para pagar sus fármacos recetados: Si cambia al Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática. **Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta durante un plazo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "válida" significa que la cobertura debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de**

Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **Cuándo finalizará su membresía?** Su participación finalizará en general el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su participación?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo puede finalizar su participación:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted*** 2019.
  - Todas aquellas personas inscritas en Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* en otoño. Aquellas personas que recién se inscribieron en Medicare la reciben dentro del mes posterior a la primera inscripción.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). O bien puede solicitar una copia impresa, por teléfono, al número de Medicare que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, finaliza su participación al inscribirse en otro plan

En general, para finalizar su participación en nuestro plan, se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (ver la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). No obstante, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir la cancelación de la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras de pedir la cancelación de su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo debe hacer este trámite (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- --o bien--*Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.*

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta durante un plazo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “válida” significa que la cobertura debe pagar, en promedio, al menos lo mismo

que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

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:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en el plan Bright Advantage (HMO) se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en el plan Bright Advantage (HMO) se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. ○ **Nota:** Si cancela su inscripción en el plan de medicamentos con receta de Medicare, y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo debe hacer este trámite (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). • También puede comunicarse con el **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 Bright Advantage (HMO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Sección 4.1 Hasta la finalización de su participación, sigue siendo asegurado de nuestro plan

Si abandona el plan Bright Advantage (HMO), la finalización de su participación en el plan y la entrada

en vigencia de su nueva cobertura de Medicare pueden demorar un tiempo. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, tiene que seguir recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando las farmacias que forman parte de nuestra red para surtir sus medicamentos con receta hasta finalizar su participación en nuestro plan.** En general solo están cubiertos sus medicamentos con receta si se surten en una farmacia de la red a través de nuestros servicios de farmacias que brindan pedidos por correo.
- **Si, el día en que finaliza su participación, se encuentra hospitalizado, su hospitalización en general estará cubierta por el plan hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 **Bright Advantage (HMO)** debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su participación en el plan?

El plan Bright Advantage (HMO) debe finalizar su participación si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, tiene que llamar al Servicio al Cliente para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).
- Si ingresa en la cárcel.
- Si 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 con receta.
- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos 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 usted no paga las primas del plan por 3 meses calendario.
    - Tenemos que notificarle por escrito que tiene 2 meses calendario para pagar la prima del plan antes de que finalicemos 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 de su plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede encontrar más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su participación:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 5.2 **Nosotros no podemos** obligarlo a abandonar el plan por un motivo relacionado con su salud

El plan Bright Advantage (HMO) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debo hacer si sucede esto?

Si cree que lo obligan a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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. También puede leer la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente 247

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 247

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 247

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente

Hay muchas leyes aplicables a esta *Evidencia de Cobertura* y pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales exigidas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y normativa creada conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS, en inglés. Además, pueden aplicarse otras leyes federales, y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el cual reside.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas según raza, etnicidad, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia sobre presentación de reclamaciones, historial clínico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. 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.

Para obtener toda la información sobre el aviso sobre la no discriminación y la asistencia con el idioma, consulte el documento “Aviso de no discriminación y asistencia con la comunicación” al final de este manual.

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 CMS establecida en el Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), título 42, artículos 422.108 y 423.462, el plan Bright Advantage (HMO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR, título 42, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados (Ambulatory Surgical Center)– Un centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados es una entidad que opera exclusivamente para el fin de brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

Período de inscripción anual – Período fijado en otoño todos los años, en el cual los asegurados pueden cambiar de plan de salud o medicamentos o pasar a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación – Es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta 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. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considere que debe recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentarlas.

Emitir factura con saldos adicionales – Cuando un proveedor (médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como asegurado del plan Bright Advantage (HMO), solo tiene que pagar el monto de gasto compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores emitan "factura con saldos adicionales" o que le cobren de otro modo un monto del costo compartido superior al que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios – El modo en que Original Medicare mide su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si 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. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.

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 hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura para casos catastróficos – La etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D donde usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted, u otra parte elegible en su nombre, hayan gastado $5,100 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) – Agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Coseguro – Monto que tal vez deba pagar como parte del costo de los servicios o medicamentos con receta. En general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja – El nombre formal para "presentación de una queja" es "presentación de una queja formal". El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con calidad de atención, tiempos de espera y Servicio al Cliente que recibe. Consulte también "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) – Un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que proporciona una variedad de servicios incluida la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago - Monto que tal vez deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como la visita al médico, la visita al hospital para pacientes ambulatorios o un medicamento con receta. El copago es un monto fijo, no un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por la visita al médico o un medicamento con receta.

Gastos compartidos – El gasto 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. 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.

Nivel de costo compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a alguno de los 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, 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 con receta. En general, si lleva su receta médica a la farmacia y esta le dice que no está cubierto el medicamento con receta 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 manual, las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos – Término que utilizamos para todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura válida para medicamentos con receta – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta 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 con receta de Medicare.

Atención de custodia- La atención de custodia es atención personal 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 es atención personal que pueden brindar personas sin capacitación o habilidades profesionales, como 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.

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. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surta su medicamento con receta.

Deducible – Monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar la inscripción o Cancelación de inscripción – El proceso para finalizar su participación en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (de su elección) o involuntaria (no de su elección).

Tarifa de despacho – Tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. La tarifa de despacho cubre los costos como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento con receta.

Equipo médico duradero (DME, en inglés) – Ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión de intravenosa (IV), 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 de atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente.

Atención médica de emergencia - Servicios médicos: 1) suministrados por un proveedor elegible para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para el tratamiento, evaluación o estabilización de un problema de salud de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC, en inglés) 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 determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en la lista de medicamentos del patrocinador de su plan (una excepción de la lista de medicamentos) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costo compartido (excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el

que usted solicita, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción de la Lista de medicamentos).

Beneficio Adicional – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas del plan de salud, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico - Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés) 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 habitual, cuesta menos.

Queja formal - Tipo de queja que presenta ante nosotros o una farmacia, incluida la queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago.

Asistencia médica en el hogar – Brinda servicios que no necesitan de las habilidades de un terapeuta o enfermero matriculado, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). La asistencia médica en el hogar no tiene matrícula de enfermería ni brinda terapia.

Servicios de atención para pacientes con enfermedades terminales - Un asegurado que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un servicio de atención para pacientes con enfermedades terminales. 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. Este servicio le brindará un tratamiento especial para su estado.

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 ajustes mensuales acordes al ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si su ingreso es superior a cierto límite, pagará un monto de ajuste mensual acorde al ingreso además de la prima del plan de salud. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a $85,000 y matrimonios con ingresos superiores a $170,000 deben pagar un monto mayor de prima de cobertura de medicamentos con receta del Programa Medicare y de la Parte B del Programa Medicare (seguro médico). Este monto adicional se llama monto de ajuste mensual acorde al ingreso. Menos del 5% de las personas inscritas en Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no paga una prima mayor.

Límite inicial de la cobertura – El límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial – Es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y lo que su plan pagó en su nombre para el año, alcancen el monto de $3,820.

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. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional Special Needs (SNP, en inglés) – Un plan Special Needs 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, en inglés). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de servicios de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR, en inglés) o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan) para residentes de centros de atención médica de largo plazo de Medicare debe tener acuerdo contractual con los centros específicos de LTC (o ser propietario de estos y operarlos).

Plan Special Needs Plan (SNP) institucional y equivalente –Un plan Special Needs Plan institucional 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 Special Needs Plan puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de servicios de vida asistida (assisted living facility, ALF) contratado si es necesario, para garantizar un suministro uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos ("Lista de medicamentos") – Lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista, con la ayuda de los médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) – Consulte "Ayuda adicional".

Gasto máximo de bolsillo – El monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos con receta no se contemplan para el monto máximo de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre el monto de su gasto 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 Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada - Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldada por ciertos libros de consulta. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

Médicamente necesario - Los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud 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 de edad, 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). Las personas inscritas en Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare,

un plan de costos de Medicare, un plan del Programa de cuidado integral para personas mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) o un plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Período fijo cada año en el cual los asegurados en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a Original Medicare o hacer cambios a su cobertura de la Parte D. Este periodo de inscripción abierta es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2019.

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 B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, un plan PPO, un plan privado de pago por servicios (Private Fee-for-Service, PFFS) o una cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Quien tenga los beneficios de la Parte A y B de Medicare será elegible para afiliarse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con Enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

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.

Programa de Descuentos durante el lapso en la Cobertura de Medicare – Programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a asegurados de la Parte D, que hayan llegado a la Etapa de lapso en la cobertura y que no estén recibiendo ya "Ayuda Adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuento, pero no todos.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, tienen que cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

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 personas con Medicare inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, Programas de Demostración/Programas Piloto, y Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro para ayudar a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o B de Medicare.

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 el Programa 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. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Farmacia que forma parte de la red – Una farmacia que forma parte de la red es donde los asegurados de nuestro plan puede obtener beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si son surtidos en las farmacias de nuestra red.

Proveedor que forma parte de la red – "Proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales, y otros centros de salud con licencia o certificación de Medicare, y del Estado, para brindar servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores que forman parte de la red**" cuando 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. Nuestro plan les paga a los proveedores que forman parte de la red sobre la base de los acuerdos que tiene con los proveedores, o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores que forman parte de la red también se pueden denominar "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. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Debe elegir los beneficios complementarios opcionales en forma voluntaria para poder recibirlos.

Determinación de la organización – El plan Medicare Advantage tomó una determinación de organización cuando toma una decisión sobre si están cubiertos artículos o servicios o el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este manual, las determinaciones de organización se denominan "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Programa Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare "Cargo por Servicio"): El Programa Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. 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. Como se explicó en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias que no forman parte de la red no está cubierta por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro que no forman parte de la red – Un proveedor o centro con los cuales no tenemos un acuerdo para coordinar o brindar servicios cubiertos por el plan 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, y no tienen contrato para suministrarle a usted servicios cubiertos. El uso de centros o proveedores que no forman parte de la red se explica en este manual en el Capítulo 3.

Gastos de bolsillo – Consulte la definición de "costo compartido" 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.

Plan PACE : Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles para 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, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. 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 con Receta de Medicare voluntario. (Para fácil referencia, denominaremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como Parte D).

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. (Consulte la Lista de medicamentos para ver la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos específicamente de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de 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 con receta de Medicare) por un plazo de 63 días consecutivos o más. Usted paga este monto mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Adicional" por parte de Medicare para el pago de sus costos del plan de medicamentos con receta, no pagaremos una multa por inscripción tardía.

Plan de Organización de Proveedores Participantes (PPO, en inglés) – Un plan de Organización de Proveedores Participantes 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 formen 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 seguro o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos con receta.

Médico de atención primaria (PCP, en inglés) – Su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los padecimientos de salud. Este profesional se

asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención, y puede derivarlos a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primario antes de ver a cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte la sección 2.1 del capítulo 3 para obtener información sobre los Proveedores de atención primaria.

Autorización previa – Aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden o no aparecer en nuestra Lista de medicamentos. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor que forma parte de la red recibe "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos por el plan que necesiten autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor que forma parte de la red reciben nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos.

Prótesis y ortótica (Prosthetics and Orthotics) – Equipos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y equipos necesarios para remplazar 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 (Quality Improvement Organization, QIO)- Grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

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.

Servicios de rehabilitación – (Rehabilitation Services) Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia de lenguaje y habla y terapia ocupacional.

Área de servicio – Área geográfica donde un plan de salud acepta a asegurados si limita la participación según el lugar donde viven las personas. 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 puede cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en Centros de enfermería especializada (Specialized Nursing Facility, SNF) – Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados en forma continua, diaria, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en Centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o enfermero profesional certificado.

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

Plan de necesidades especiales – (Special Needs Plan) Tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de atención médica especializada, o quienes padecen ciertos problemas de salud crónicos.

Terapia escalonada – (Step Therapy) Recurso de utilización que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su problema de salud 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 de Seguro Social.

Servicios de urgencia – Se brindan servicios de urgencia para tratar enfermedades, lesiones o padecimientos médicos imprevistos no de emergencia que requieran de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores que forman parte de la red o no cuando los proveedores que forman parte de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicio al Cliente de Bright Advantage (HMO)

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAMADA	1-844-202-4793. La llamada a este número es gratuita. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 (1-844-202-4793). Las llamadas a este número son gratuitas. 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales. 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados federales.
FAX	1-800-325-8115
CORREO	Bright Health Medicare Advantage – Member Services P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
SITIO WEB	www.brighthealthplan.com/medicare

Programa de Ayuda sobre Seguros Médicos del Estado de Colorado (SHIP)

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP) de Colorado es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen el Programa Medicare.

Método	Programa de Ayuda sobre Seguros Médicos del Estado de Colorado (SHIP): información de contacto
LLAMADA	1-888-696-7213 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.

Método	Programa de Ayuda sobre Seguros Médicos del Estado de Colorado (SHIP): información de contacto
TTY	711
CORREO	SHIP, Division of Insurance, Colorado Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	https://www.colorado.gov/dora/senior-healthcare-medicare

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 de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés) válido. 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, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

bright[SM] HEALTH

Nondiscrimination Notice and Assistance with Communication

Bright Health does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any individual on the basis of sex, age, race, color, national origin, or disability. “Bright Health” means Bright Health plans and their affiliates, which are listed below.

Language assistance and alternate formats:
Assistance is available *at no cost* to help you communicate with us. The services include, but are not limited to:

- Interpreters for languages other than English;
- Written information in alternative formats such as large print; and
- Assistance with reading Bright Health websites.

To ask for help with these services, please call the Member Services number on your member ID card.

If you think that we failed to provide language assistance or alternate formats, or you were discriminated against because of your sex, age, race, color, national origin, or disability, you can send a complaint to:

Bright Health Civil Rights Coordinator
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943
Phone: (844) 202-2154
Fax: (800) 894-7742

You can also file a complaint with the U.S Dept. of Health and Human Services, the Office of Civil Rights:

Online: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
Phone: Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Mail: U.S Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

If you need help with your complaint, please call the Member Services number on your member ID card. You must send the complaint within 60 days of discovering the issue.

"Bright Health” means Bright Health Insurance Company of Alabama, Inc; Bright Health Company of Arizona; Bright Health Insurance Company; Bright Health Insurance Company of Tennessee; Bright Health Insurance Company of Ohio, Inc.; Bright Health Insurance Company of New York.

MULTI-MA-LTR-2267_C Updated 06/29/2018

bright HEALTH

Language Assistance and Alternate Formats

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call the Member Services number on your member ID card.

English	ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number on your ID card.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.
Chinese (S)	注意：如果您讲中文，我们可以为您提供免费的语言协助服务。请拨打您ID卡上的会员服务电话号码。
Russian	ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните в Службу работы с клиентами по телефону, указанному в Вашей идентификационной карте.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오.
Haitian Creole	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm nan nimewo ki make sou kat ID ou an.
Italian	ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero dell'assistenza ai membri riportato sulla Sua scheda identificativa.
Yiddish	אויפמערקאזמקייט: אויב איר רעדט ייִדיש, עס זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אָפּצאָל. רופט די מעמבער סערוויסעס נומער אויף אייערע אייַ־די קאַרטל.
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য, ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। আপনার ID কার্ডে থাকা সদস্য পরিষেবাগুলির নম্বরে ফোন করুন।
Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فيمكنك الاستعانة بخدمات المساعدة اللغوية بدون مقابل. اتصل برقم خدمات الأعضاء المدوّن على بطاقة التعريف الخاصة بك.
Polish	UWAGA: Jeżeli posługuje się Pan/ Pani językiem polskim, może Pan/ Pani skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Prosimy zadzwonić do Działu Usług dla Członków, którego numer jest podany na Pana/ Pani karcie identyfikacyjnej.
French (FR)	REMARQUE : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le numéro des services aux membres, qui figure sur votre carte d'identification.
Tagalog	PANSININ: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo para sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro na nasa inyong ID kard.
Vietnamese	LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, sẽ có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số Dịch vụ Hội viên trên thẻ ID của quý vị.
Navajo	DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí Diné bizaad be yáníłti'go, saad bee áká'ánida'áwo' dęę', t'áá jiik'eh, ná hóló. Kojį' hódíílnih Member Servicesjį éí binumber naaltsoos nitł'izgo bee nee hódólzin biniiyé nantinígíí bikáá'
Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ اپنے آئی ڈی کارڈ پر موجود ممبر سروسز کے نمبر پر کال کریں۔
Japanese	注記：日本語をお話しになる方は、無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。IDカードに記載のメンバーサービス電話番号までお電話ください。
Portuguese (BR)	ATENÇÃO: caso você fale português, há serviços gratuitos de assistência de idioma à sua disposição. Ligue para o número de Atendimento ao Associado, impresso no seu cartão de identificação.
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie unter der auf Ihrer ID-Karte aufgeführten Telefonnummer für Mitgliederdienstleistungen an.
Persian Farsi	توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در اختیار شماست. با «خدمات اعضا» که شماره آن روی کارت شناسایی شما درج شده است تماس بگیرید.