



Del 1 de enero de al 31 de diciembre de 2021

## **Evidencia de cobertura:**

### **Beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)**

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), es ofrecido por Bright Health. (Cuando en esta Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a Bright Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Bright Advantage Special Care [HMO D-SNP].)

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

Para obtener información adicional, comuníquese con el número de nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Este documento puede estar disponible en formatos alternativos como braille, tamaño de letra grande o audio.

Los beneficios o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

## **Evidencia de cobertura para 2021**

### **Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

#### **Capítulo 1. Primeros pasos como miembro .....4**

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

#### **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes .....21**

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Bright Advantage Special Care [HMO D-SNP]) y con otras organizaciones, incluido Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros médicos (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

#### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos .....42**

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

#### **Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) .....59**

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles no como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

#### **Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....123**

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

---

<b>Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D .....</b>	<b>148</b>
Explica las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos ( <i>Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</i> ) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos.	
<b>Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>167</b>
Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.	
<b>Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>175</b>
Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	
<b>Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....</b>	<b>187</b>
Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.</li><li>• También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.</li></ul>	
<b>Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan .....</b>	<b>248</b>
Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.	
<b>Capítulo 11. Avisos legales .....</b>	<b>259</b>
Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.	
<b>Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes .....</b>	<b>262</b>
Explica los términos clave utilizados en este folleto.	

# CAPÍTULO 1

*Primeros pasos como miembro*

## **Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1	Está inscrito en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales) .....	6
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	7
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Qué requisitos son necesarios cumplir para ser miembro del plan?.....</b>	<b>8</b>
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid? .....	9
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).....	9
Sección 2.5	Ciudadanía estadounidense o presencia legal .....	10
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otra documentación le enviaremos? .....</b>	<b>10</b>
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos .....	10
Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores</i> : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan.....	11
Sección 3.3	<i>Directorio de farmacias</i> : su guía para conocer las farmacias de nuestra red .....	12
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos ( <i>Formulario</i> ) del plan.....	12
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D.....	13
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Su prima mensual para Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) .....</b>	<b>13</b>
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?.....	13
Sección 4.2	Existen diversas formas de pagar la prima del plan.....	15
Sección 4.3	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?.....	16
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de miembro del plan .....</b>	<b>17</b>
Sección 5.1	Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted.....	17

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información de salud personal .....</b>	<b>18</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida .....	18
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....</b>	<b>18</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	18

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Está inscrito en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)</b>
--------------------	---

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto de los gobiernos estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda con el pago de sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid para el costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Es posible que Medicaid también le ofrezca otros beneficios mediante la cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta que por lo general Medicare no cubre. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia con el pago que le corresponden.

Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) es administrado por una empresa privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle la cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos con receta.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

**La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA).** Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

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

Este folleto *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y los medicamentos con receta cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

**Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*****Es parte del contrato que celebramos con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2021. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

**Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como

miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Qué requisitos son necesarios cumplir para ser miembro del plan?**

---

<b>Sección 2.1      Sus requisitos de elegibilidad</b>
--

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla estos requisitos:*

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.4, que se encuentra más abajo, describe nuestra área de servicio).
- Es ciudadano estadounidense o está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumple los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

### **Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y para recibir los beneficios totales de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde la elegibilidad, pero dentro de lo razonable se espera que la vuelva a obtener dentro de los 6 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de supuesta elegibilidad continua).

<b>Sección 2.2      ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?</b>
--

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, tratamientos de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [DME]).

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro****Sección 2.3      ¿Qué es Medicaid?**

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos estatal y federal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando cumplan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para obtener beneficios totales de Medicaid [QMB+]).

**Sección 2.4      Esta es el área de servicio del plan para Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)**

Aunque Medicare es un programa federal, Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en el siguiente estado:

- Nueva York: Kings, Nueva York y Queens.

Ofrecemos cobertura en varios estados. Sin embargo, puede haber diferencias de costos o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda fuera del estado a un estado que todavía se encuentra en nuestra área de servicio, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para actualizar su información. Si se muda a un estado fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado.

Si piensa mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo la mudanza afectaría a sus beneficios de Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono de Medicaid.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponibles en su nueva ubicación.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

<b>Sección 2.5</b>	<b>Ciudadanía estadounidense o presencia legal</b>
--------------------	--

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otra documentación le enviaremos?</b>
------------------	---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos</b>
--------------------	--

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



Mientras sea miembro de este plan, NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios en un hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

**Aquí le explicamos por qué esto es tan importante:** si mientras sea miembro del plan recibe servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

miembro de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

**Sección 3.2      *Directorio de proveedores: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan***

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de la red y los proveedores de equipo médico duradero.

**¿Qué son los “proveedores de la red”?**

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage).

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Para encontrar proveedores de la red que también acepten Medicaid del estado de Nueva York, busque el indicador de Medicaid junto al nombre del proveedor en el Directorio de proveedores.

Es importante asegurarse de que un proveedor participe de su red de Medicaid para garantizar que Medicaid cubra todo copago o coseguro aplicables relacionados con su plan.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). En el Departamento de Servicios para Miembros, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede ver el Directorio de proveedores en [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) o descargarlo de

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

**Sección 3.3      *Directorio de farmacias: su guía para conocer las farmacias de nuestra red*****¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes.

**¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?**

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage), se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage). Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias de la red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos con receta tienen cobertura a través de sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo saber cuáles son los medicamentos cubiertos por Medicaid.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

([brighthouseplan.com/provider-finder/ma/](http://brighthouseplan.com/provider-finder/ma/)) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

<b>Sección 3.5</b>	<b>La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D</b>
--------------------	--

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame a Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

---

## **SECCIÓN 4 Su prima mensual para Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿A cuánto asciende la prima del plan?</b>
--------------------	--

Como miembro de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), usted paga una prima mensual del plan, a menos que califique para recibir “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta. No pagará una prima mensual del plan si califica para recibir “Ayuda adicional”. Las personas con Medicare y Medicaid automáticamente califican para recibir “Ayuda adicional”. Debido a que califica para recibir “Ayuda adicional” para 2021, la prima mensual de nuestro plan es de \$0.

### **En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor**

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”. (“Acreditable” quiere decir que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
  - Si pierde la Ayuda adicional, puede que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se queda sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D durante 63 días consecutivos o más.
  - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D.
- A algunos miembros se les puede exigir que paguen un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA, debido a que, dos años atrás, tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierto monto, en su declaración de impuestos al IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima.

### Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 arriba, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente para esta) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos al IRS dos años atrás, está por encima de cierto monto, usted pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. Si experimentó un evento que le cambió la vida y que hizo que sus ingresos disminuyeran, puede pedir al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

- También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El documento denominado Medicare y usted 2021 (*Medicare & You 2021*) incluye información sobre estas primas en la sección titulada “2021 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2021). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual Medicare y usted (*Medicare & You*) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del manual del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Sección 4.2 Existen diversas formas de pagar la prima del plan**

Existen tres formas de pagar la prima del plan. La elección de la opción de pago de la prima se hace inicialmente cuando se inscribe en nuestro plan. Si desea cambiar esa opción, llame a Servicio al cliente o acceda en Internet a [brighthouseplan.com/medicare-advantage/](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage/). (Los números de teléfono de Servicio al cliente figuran en la última página de este folleto).

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar 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 prima de su plan se pague a tiempo.

**Opción 1: puede pagar con cheque**

Le enviaremos una factura mensual correspondiente a su multa por inscripción tardía de la Parte D (si corresponde). Haga su pago a nombre de Bright Health. Consulte su factura para obtener la dirección postal y otra información. Incluya su número de identificación de miembro en su cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir en la fecha de vencimiento que aparece en la factura mensual o antes. Si necesita que le sustituyan la factura mensual, llame al Departamento de Servicios para Miembros. (Puede encontrar nuestro número de teléfono en la contraportada de este folleto).

**Opción 2: deducción automática de su cuenta bancaria (ACH)**

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D (si corresponde) se descuenta de su cuenta bancaria. Para hacer esto, debe completar un formulario de opción de pago de la prima. Puede obtener un formulario accediendo a [brighthouseplan.com/medicare-advantage/](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage/) o comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. Una vez que haya completado el formulario, devuélvalo a Bright Health.

Las deducciones automáticas se harán el día 20 de cada mes. Si el día 20 cae feriado o fin de semana, la deducción se hará el siguiente día hábil después del 20.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

**Opción 3: puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social**

Puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta forma, comuníquese con Servicio al cliente. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono de Servicio al cliente figuran en la contraportada de este folleto).

**Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan**

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del 1.<sup>er</sup> día del mes. Si no hemos recibido su prima antes del 10.<sup>o</sup> día de cada mes, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de su prima en un plazo de dos meses a partir de la fecha original. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicio al cliente para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicio al cliente figuran en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima del plan, Original Medicare le brindará cobertura médica. Mientras esté recibiendo “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta, seguirá teniendo cobertura para medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos con receta para la cobertura de la Parte D.

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo las primas que aún no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago de las primas que nos deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 844-221-7736 o al número gratuito 1-844-221-7736 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

**Sección 4.3****¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?**

**No.** No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

---

## **SECCIÓN 5      Mantenga actualizado su registro de miembro del plan**

---

<b>Sección 5.1      Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted</b>
--

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### **Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:**

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

### **Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga**

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

---

**SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida</b>
--------------------	---

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Sección 1.3 del Capítulo 8 de este folleto.

---

**SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?</b>
--------------------	---

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro pagan en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 100 empleados.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

Si usted tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono  
y recursos importantes*

## **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)</b> (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros del plan).....	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....	<b>30</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa estatal de asistencia en seguros médicos</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	<b>32</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización para la mejora de la calidad</b> (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) .....	<b>33</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> .....	<b>34</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid</b> (un programa conjunto de los gobiernos estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	<b>35</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta</b> .....	<b>36</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios</b> .....	<b>39</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?</b> .....	<b>40</b>

---

**SECCIÓN 1      Contactos de Bright Advantage Special Care  
(HMO D-SNP)**  
(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye  
cómo comunicarse con el Departamento de Servicios  
para Miembros del plan)

---

**Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para  
Miembros del plan**

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

<b>Método</b>	<b>Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	844-221-7736  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.  El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas.  De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
<b>FAX</b>	1-800-325-8115
<b>CORREO POSTAL</b>	Bright Health Medicare Advantage Member Services P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://brighthealthplan.com/medicare-advantage">brighthealthplan.com/medicare-advantage</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	844-221-7736 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
<b>FAX</b>	Solicitudes de revisión simultánea de pacientes internados: 1-833-903-1068. Solicitudes de autorización previa: 1-833-903-1067.
<b>CORREO POSTAL</b>	Bright Health Attn: Clinical Programs Delivery 777 NW Blue Parkway Suite 3350 Lee's Summit, MO 64086

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica**

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	844-221-7736 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
<b>TTY</b>	711, para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>CORREO POSTAL</b>	Bright Health Medicare Advantage Appeals & Grievances P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema está relacionado con el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre la atención médica: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	844-221-7736 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
<b>FAX</b>	1-800-894-7742
<b>CORREO POSTAL</b>	Bright Health Medicare Advantage Appeals & Grievances P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja sobre Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de 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 según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-833-665-5346 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, durante las 24 horas.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, durante las 24 horas.
<b>FAX</b>	1-877-503-7231
<b>CORREO POSTAL</b>	EnvisionRx Options Attn: Bright Health - Part D Coverage Determinations 2181 East Aurora Rd., Suite 201 Twinsburg, OH 44087
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-833-665-5346 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, durante las 24 horas.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, durante las 24 horas.
<b>FAX</b>	1-877-503-7231
<b>CORREO POSTAL</b>	EnvisionRx Options Attn: Bright Health - Part D Appeals 2181 East Aurora Rd. Suite 201 Twinsburg, OH 44087
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema está relacionado con el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-833-665-5346 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, durante las 24 horas.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, durante las 24 horas.
<b>FAX</b>	1-844-604-0420
<b>CORREO POSTAL</b>	EnvisionRx Options Attn: Bright Health - Part D Grievances 2181 E Aurora Rd., Suite 201 Twinsburg, Ohio 44087
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja sobre Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****A dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
<b>CORREO POSTAL</b>	<p>Reclamos médicos: Bright Health Medicare Advantage Claims Operations P.O. Box 853960 Richardson, TX 75085-3960</p> <p>Reclamos de la Parte D: EnvisionRx Options Attn: DMR Department 2181 E. Aurora Rd Suite 201 Twinsburg, OH 44087</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**


---

## **SECCIÓN 2 Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

---

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

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

<b>Método</b>	<b>Medicare: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
<b>SITIO WEB</b>	<p data-bbox="480 302 1404 338"><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p data-bbox="480 348 1404 604">Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="480 615 1404 688">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="529 699 1404 1077" style="list-style-type: none"><li data-bbox="529 699 1404 814">• <b>Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):</b> brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.</li><li data-bbox="529 825 1404 1077">• <b>Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):</b> brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li></ul> <p data-bbox="480 1087 1404 1161">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare de cualquier queja que tenga sobre Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP):</p> <ul data-bbox="529 1171 1404 1434" style="list-style-type: none"><li data-bbox="529 1171 1404 1434">• <b>Informe a Medicare sobre su queja:</b> puede presentar una queja sobre Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.</li></ul> <p data-bbox="480 1444 1404 1713">Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

---

### **SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)**

---

El Programa estatal de asistencia en seguros médicos (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se llama Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York.

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York es un programa independiente (no se relaciona con ninguna empresa aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos, y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

<b>Método</b>	<b>Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-701-0501
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

---

## **SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad** **(la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)**

---

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Nueva York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta, la Organización para la mejora de la calidad de Nueva York.

Livanta, la Organización para la mejora de la calidad de Nueva York, está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta, la organización para la mejora de la calidad de Nueva York, es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta, la organización para la mejora de la calidad de Nueva York:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>Livanta, la Organización para la mejora de la calidad de Nueva York: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-866-815-5440 Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
<b>TTY</b>	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

---

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

---

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

<b>Método</b>	<b>Seguro Social: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

---

## **SECCIÓN 6 Medicaid** (un programa conjunto de los gobiernos estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

---

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

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- Beneficiario calificado de Medicare (QMB): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para obtener beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB): ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- Persona que reúne los requisitos (QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- Trabajador discapacitado calificado (QDWI): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene alguna pregunta sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud de Nueva York.

<b>Método</b>	<b>Departamento de Salud de Nueva York</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-541-2831 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m.
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	New York State Department of Health Corning Tower, Empire State Plaza Albany, NY 12237
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

El programa del defensor del pueblo ayuda a personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o apelación a nuestro plan.

<b>Método</b>	<b>Defensor del pueblo del estado de Nueva York</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-855-582-6769 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	New York State Ombudsman Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program">https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program</a>

El Programa del defensor del pueblo para la atención a largo plazo del estado de Nueva York ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familias.

<b>Método</b>	<b>Programa del defensor del pueblo para la atención a largo plazo del estado de Nueva York</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-855-582-6769
<b>CORREO POSTAL</b>	State LTC Ombudsman New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, NY 12223-1251
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program">https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program</a>

---

## **SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta**

---

### **Programa “Ayuda adicional” de Medicare**

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare y la recibe para pagar los costos del plan de sus medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

---

- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado (para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que califica para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando un monto incorrecto de costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregar las pruebas si es que ya las tiene.

- Para recibir asistencia con las mejores pruebas disponibles, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que paga es superior a lo que le correspondería, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

**¿Qué sucede si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?**

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 70 % de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

**¿Qué sucede si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen 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 califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta de los Programas para la atención de personas no aseguradas de Nueva York. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquelo al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a los Programas para la atención de personas no aseguradas de Nueva York.

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA en su estado figura a continuación.

<b>Método</b>	<b>Programas para la atención de personas no aseguradas de Nueva York</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-542-2437 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	HIV Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/">www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/</a>

### **¿Qué sucede si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?**

La mayoría de nuestros miembros recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si recibe “Ayuda adicional”, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si recibe “Ayuda adicional”, usted ya tiene cobertura para los costos de medicamentos con receta durante el período sin cobertura.

### **¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?**

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros médicos (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Programas estatales de asistencia farmacéutica**

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, edad,

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

afección o discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Nueva York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es la Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) del estado de Nueva York.

<b>Método</b>	<b>Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) del estado de Nueva York: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-332-3742
<b>CORREO POSTAL</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm">www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm</a>

## **SECCIÓN 8      Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios**

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

<b>Método</b>	<b>Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas.  Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles  Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

## **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 el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud o las primas de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros). 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 o períodos de inscripción para hacer un cambio.

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 ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

# CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan  
para obtener servicios médicos*

## **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>44</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? .....	44
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan .....	44
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica .....</b>	<b>45</b>
Sección 2.1	Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención .....	45
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado? .....	47
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	47
Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red.....	48
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre .....</b>	<b>49</b>
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica.....	49
Sección 3.2	Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios .....	50
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre.....	51
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....</b>	<b>51</b>
Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos .....	51
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios? .....	51
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>52</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? .....	52
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?.....	53
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” .....</b>	<b>54</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? .....	54

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

---

Sección 6.2	Recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica .....	55
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Normas para la posesión de equipo médico duradero .....</b>	<b>56</b>
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? .....	56
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Normas para el equipo y suministros de oxígeno, y su mantenimiento .....</b>	<b>56</b>
Sección 8.1	¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden? .....	56
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? .....	57
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y vuelve a Original Medicare? .....	57

---

## **SECCIÓN 1      Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

---

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

<b>Sección 1.1      ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?</b>
---

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

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

<b>Sección 1.2      Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan</b>
---

Como plan de salud de Medicare, Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare.

Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de beneficios del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

---

- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesaria” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. Es importante asegurarse de que un proveedor participe de su red de Medicaid para garantizar que Medicaid cubra todo copago o coseguro aplicables relacionados con su plan.
- **Debe recibir atención de un proveedor 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 reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización previa antes de buscar atención que no sea de emergencia ni de urgencia de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

---

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

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención</b>
--------------------	---

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

- ¿Qué es un PCP?

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

---

Los proveedores de atención primaria (PCP) son proveedores de la red que lo ayudarán a controlar su salud general, ya sea que esto se relacione con atención preventiva, identificar la causa de un síntoma nuevo o ayudarlo a controlar varias afecciones crónicas.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden ser un PCP?

Los PCP pueden ser médicos (médicos con licencia con un título de Doctor en Medicina [MD] o Doctor en Medicina Osteopática [DO]), asistentes médicos o enfermeros con práctica médica (enfermero con práctica médica [NP], con práctica médica avanzada [APN], de familia [FNP], doctor en enfermería de práctica [DNP], profesional en enfermería avanzada [APRN]) que se especialicen en lo siguiente: medicina familiar, medicina interna, geriatría, pediatría o medicina general.

- ¿Cuál es la función de mi PCP?

El PCP es su primer punto de contacto para casi todas las necesidades médicas y de atención médica. Estos proveedores le ayudarán con la atención, la educación, el tratamiento y el apoyo para mantener su salud óptima, independientemente de cualquier afección previa. Su PCP es el defensor de su salud, y trabaja de cerca con usted para ayudarlo a lograr sus objetivos de atención médica.

No necesita una remisión de su PCP para consultar a otro proveedor de la red; sin embargo, le recomendamos especialmente que consulte a su PCP antes de elegir un especialista o de buscar otro tipo de atención. En el caso de los servicios que requieren una autorización, su PCP puede ayudarlo en ese proceso.

#### ¿Cómo elige al PCP?

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

Es importante asegurarse de que un proveedor participe de su red de Medicaid para garantizar que Medicaid cubra todo copago o coseguro aplicables relacionados con su plan.

Para obtener asistencia en la identificación y selección de un PCP, visite nuestro sitio web en [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) o llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. (En la contraportada de este folleto también se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

#### Cómo cambiar de PCP

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

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

Puede cambiar de PCP visitando nuestro sitio web en [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) para encontrar un nuevo PCP y luego llamando al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para solicitar el cambio de PCP. (En la contraportada de este folleto también se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros). Su nueva asignación de PCP entrará en vigencia inmediatamente después de recibir su solicitud.

Cambiar de PCP puede dar lugar a que se limite a especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP hace remisiones (es decir, subredes, especialistas, laboratorios, radiología, etc.).

**Sección 2.2      ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?**

Bright Health no requiere remisión de un PCP para recibir atención médica.

**Sección 2.3      Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red**

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Puede consultar a un especialista de la red sin una remisión de su PCP; sin embargo, siempre se recomienda que busque asesoramiento y consejo de su PCP antes de consultar a un especialista.

Ciertos servicios que brinda un especialista pueden requerir autorización previa. Tanto usted como su PCP o su especialista pueden solicitar una autorización previa en caso de que se requiera. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este folleto para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa y cómo solicitarla.

Para obtener asistencia con la ubicación de un proveedor especialista de la red, comuníquese con su PCP, visite nuestro sitio web en [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) o llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. (En la contraportada de este folleto también se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros). Para encontrar proveedores de la red que también acepten Medicaid del estado de Nueva York, busque el indicador de Medicaid (\*) junto al nombre del proveedor en el Directorio de proveedores.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos****¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?**

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Para obtener más asistencia, llame al 844-221-7736, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. TTY: 711

<b>Sección 2.4</b>	<b>Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red</b>
--------------------	---

No se cubrirá ningún tipo de atención fuera de la red que no se considere de emergencia o de urgencia fuera del área sin una autorización previa.

El plan también cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no la pueden prestar, autorizaremos el proveedor correspondiente fuera de la red. Usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

Es importante asegurarse de que un proveedor participe de su red de Medicaid para garantizar que Medicaid cubra todo copago o coseguro aplicables relacionados con su plan.

---

## **SECCIÓN 3      Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre**

---

<b>Sección 3.1      Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica</b>
--

### **¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?**

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agravan rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. 844-221-7736, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

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

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar del mundo. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos****¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?**

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

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener la atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

<b>Sección 3.2</b>	<b>Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios</b>
--------------------	---

**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevistas, que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

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

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente, y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener asistencia con la ubicación del centro de atención de urgencia más cercano, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. (En la contraportada de este folleto también se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Es importante asegurarse de que un proveedor participe de su red de Medicaid para garantizar que Medicaid cubra todo copago o coseguro aplicables relacionados con su plan.

Para encontrar proveedores de la red que también acepten Medicaid del estado de Nueva York, busque el indicador de Medicaid (\*) junto al nombre del proveedor en el Directorio de proveedores.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

---

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

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias: atención de emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

**Sección 3.3      Cómo obtener atención durante un desastre**

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: [brighthouseplan.com/medicare-advantage/resource/faq](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage/resource/faq) para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

---

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

---

**Sección 4.1      Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos**

Si usted pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre lo que debe hacer.

**Sección 4.2      ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?**

Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; puede encontrarlos en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de cumplir los términos de su plan, incluida la obtención de autorizaciones antes de recibir cualquier servicio que requiera autorización previa o atención fuera de la red que no sea de emergencia.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

---

Es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan no cubre debido a un incumplimiento de las normas del plan. Antes de pagar cualquier servicio que nuestro plan no cubra, primero debe comprobar si su beneficio de Medicaid lo cubre.

Es importante asegurarse de que un proveedor participe de su red de Medicaid para garantizar que Medicaid cubra todo copago o coseguro aplicables relacionados con su plan.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médicos que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los 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 necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para 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 superen una limitación de beneficios no cuentan para el máximo que paga de su bolsillo en su plan. (Para obtener más información sobre el máximo que paga de su bolsillo en su plan, consulte el Capítulo 4). Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Departamento de Servicios para Miembros.

Antes de pagar cualquier servicio que nuestro plan no cubra, primero debe comprobar si su beneficio de Medicaid lo cubre.

Es importante asegurarse de que un proveedor participe de su red de Medicaid para garantizar que Medicaid cubra todo copago o coseguro aplicables relacionados con su plan. Este plan no puede reembolsarle los servicios que deberían estar cubiertos como parte de sus beneficios de Medicaid.

---

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

---

<b>Sección 5.1      ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?</b>
--

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “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 contra 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 fases

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

---

finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Medicare debe aprobar primero el estudio de investigación. Si participa en 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, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. 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 del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

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

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?</b>
--------------------	--

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

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

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios,

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

*A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:*

Supongamos que se hace un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como lo que le corresponde pagar de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis tendría un costo de \$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 según 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, es necesario que nos envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos artículos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, de forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

#### ¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

### Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

**Sección 6.2 Recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica**

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no son voluntarios* o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - Y debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de su ingreso en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Tiene cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en “Atención hospitalaria para pacientes internados” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

---

**SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?</b>
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no tendrá la posesión, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por dicho artículo siendo miembro de nuestro plan.

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

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

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

---

**SECCIÓN 8 Normas para el equipo y suministros de oxígeno, y su mantenimiento**

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden?</b>
--------------------	--

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, entonces durante el tiempo que esté inscrito, Bright Advantage Special Care cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**

---

- Suministro y contenido de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si abandona Bright Advantage Special Care o si ya no tiene necesidad médica de un equipo de oxígeno, entonces este se debe devolver al propietario.

<b>Sección 8.2</b>	<b>¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?</b>
--------------------	---

Su costo compartido por la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es un copago de \$0 todos los meses.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito en Bright Advantage Special Care durante 36 meses.

Si antes de inscribirse en Bright Advantage Special Care pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de un equipo de oxígeno, su costo compartido en Bright Advantage Special Care es un copago de \$0.

<b>Sección 8.3</b>	<b>¿Qué sucede si abandona su plan y vuelve a Original Medicare?</b>
--------------------	--

Si vuelve al Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted había pagado el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en Bright Advantage Special Care, se inscribe en Bright Advantage Special Care durante 12 meses y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total de la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si pagó durante 36 meses mientras estaba inscrito en Bright Advantage Special Care y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total de la cobertura del equipo de oxígeno.

# CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios  
(lo que está cubierto y  
lo que le corresponde pagar)*

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....</b>	<b>60</b>
Sección 1.1	Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos .....	60
Sección 1.2	¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	60
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Utilice la <i>Tabla de beneficios</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar.....</b>	<b>61</b>
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan .....	61
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué servicios están cubiertos fuera de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)? .....</b>	<b>103</b>
Sección 3.1	Servicios no cubiertos por Bright Advantage Special Care .....	103
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....</b>	<b>118</b>
Sección 4.1	Servicios no cubiertos por el plan (exclusiones).....	118

---

## **SECCIÓN 1      Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos**

---

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos y lo que usted paga por estos servicios. Aquí encontrará una Tabla de beneficios que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

<b>Sección 1.1      Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos</b>
---

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare, siempre y cuando cumpla las normas del plan para recibir la atención.

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

<b>Sección 1.2      ¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?</b>
---

**Nota:** debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Bright Advantage Special Care, el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2021 es de \$7,550. Los montos que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$7,550, no deberá pagar costos de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

---

**SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar**

---

<b>Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan</b>
--

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios enumera los servicios que Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesaria” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios con cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido por servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare y usted 2021 (*Medicare & You 2021*). Consúltelo en Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

---

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de seis meses de elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

**Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, no paga nada por los servicios que figuran en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura descritos arriba. Los montos enumerados en la columna de costos compartidos representan los montos que pagará después de que se aplique la cobertura de Medicaid.**



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios. Es posible que se requieran autorizaciones previas para ciertos servicios.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

## Tabla de beneficios médicos

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p><b>A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dura 12 semanas o más.</li> <li>• No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).</li> <li>• No se relaciona con una cirugía.</li> <li>• No se relaciona con un embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejoría. No se podrán administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no mejora o empeora.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de transporte aéreo de ala fija y giratoria, y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda proveer el cuidado solo si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y si están autorizados por el plan.</li> <li>• El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada uno. Servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.</i></p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.</i></p>
<p><b>Examen físico anual de rutina</b></p> <p>El examen físico anual de rutina incluye un examen físico completo y la evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológico o no radiológico, ni pruebas de diagnóstico. Se puede aplicar un costo compartido adicional a cualquier análisis de laboratorio o prueba de diagnóstico que se realicen durante su consulta, como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos. El examen físico anual de rutina se limita a uno al año.</p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Consulta anual de bienestar</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año.</p> <p><b>Nota:</b> su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la interpretación de los resultados por parte del médico).</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.</li> <li>• Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más.</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen determinadas condiciones con un orden del médico.</p> <p>El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p> <b>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> <b>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada cinco años.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de quiropráctica</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.</li> </ul> <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sangre oculta en heces con guayacol (gFOBT).</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (FIT).</li> </ul> <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.</li> </ul> <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios preventivos de enemas de bario que Medicare cubre.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Asignación combinada de hasta \$1,500 todos los años para todos los servicios dentales adicionales preventivos e integrales.</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<b>Servicios dentales (continuación)</b>	
Asignación para todos los servicios cubiertos dentro de la red todos los años.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales Límite de dos exámenes bucales al año</li> </ul>	Copago de \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis (limpieza) Límite de dos limpiezas al año</li> </ul>	Copago de \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías dentales Límite de dos radiografías</li> </ul>	Copago de \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento con flúor Límite de un tratamiento con flúor al año</li> </ul>	Copago de \$0
Servicios dentales integrales	Copago de \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son de rutina Servicios que no son de rutina ilimitados todos los años</li> </ul>	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracciones Extracciones ilimitadas todos los años</li> </ul>	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostodoncia, otro tipo de cirugía de la boca/maxilofacial, otros servicios</li> </ul>	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios ilimitados todos los años</li> </ul> Nota: los servicios DEBEN estar a cargo de un dentista del panel de Liberty Dental para poder pagarse como servicios de la red según este programa. Revise el Directorio de proveedores para encontrar un proveedor de Liberty.	
 <b>Prueba de detección de depresión</b> Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</b></p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.</li> <li>• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumplan ciertos requisitos.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de distribuidores está disponible en nuestro sitio web en <a href="http://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.</li> <li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.</li> </ul> <p>Una “emergencia médica” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agravan rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención o debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Copago de \$90 por atención de emergencia a nivel mundial.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención de emergencia (continuación)</b></p> <p>Atención de emergencia a nivel mundial: la atención de emergencia a nivel mundial se aplica a la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de emergencia: servicios prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, así como los servicios brindados después de la estabilización y para atender la afección. Los servicios posteriores a la estabilización finalizan en el momento del alta.</li> </ul>	Límite de beneficio de \$50,000.
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p>Incluye membresía en el Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&amp;Fit® a través de los centros de acondicionamiento físico de la red. Tiene acceso a uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía en un centro de acondicionamiento físico: puede ir a un club de acondicionamiento físico o centro de ejercicios Silver&amp;Fit participante cerca de usted que sea parte del programa.</li> <li>• Programa de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre varios kits de acondicionamiento físico para el hogar si no puede ir a un centro de acondicionamiento físico o quiere hacer ejercicio en casa. Puede recibir hasta dos kits cada año de beneficios.</li> </ul> <p>También puede acceder a clases de bajo impacto de Silver&amp;Fit (cuando estén disponibles) que se centran en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia musculares, la movilidad, la flexibilidad, la amplitud de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación, clases de envejecimiento saludable (en línea o en DVD), un boletín trimestral y herramientas web. El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc., una filial de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit es una marca federal registrada de ASH.</p>	Copago de \$0

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Las evaluaciones de audición de diagnóstico y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Exámenes adicionales de audición de rutina Límite de una consulta al año</p> <p>Evaluación de adaptación de audífonos Límite de una consulta al año</p> <p><b>Audífonos</b></p> <p>Asignación de hasta \$750 por audífonos para ambos oídos combinados todos los años para la compra de audífonos cuando los recete su médico o audiólogo. Un audífono es un dispositivo electrónico que la persona utiliza para amplificar el sonido.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p> <b>Prueba de detección de VIH</b></p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba de detección cada 12 meses.</li> </ul> <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Entrega de comidas a domicilio</b></p> <p>Las comidas se entregan en su casa según lo que autorice el plan y lo que solicite su coordinador de atención.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Atención médica a domicilio</b></p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención médica a domicilio (continuación)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> </ul>	
<p><b>Tratamientos de infusión en el hogar</b></p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención.</li> <li>• Capacitación y educación de los pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero.</li> <li>• Supervisión remota.</li> <li>• Servicios de supervisión para el suministro de tratamientos de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión en el hogar.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención en un hospicio</b></p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.</li> <li>• Atención de alivio a corto plazo.</li> <li>• Atención a domicilio.</li> </ul> <p><u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.</li> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).</li> </ul>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención en un hospicio (continuación)</b></p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p><b>Nota:</b> si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> <b>Inmunizaciones</b></p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía.</li> <li>• Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>• Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare.</li> </ul> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería permanentes.</li> <li>• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.</li> <li>• Costos del quirófano y de la sala de recuperación.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</li> <li>• Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> <p>Se aplican los períodos de beneficios de Medicare. El período de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando deje de ser paciente internado en un ningún hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital (o SNF) después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.</li> <li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.</li> <li>• Servicios médicos.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> para ser paciente internado, el proveedor debe dar una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>El costo compartido de la observación de pacientes externos se explica en el título Observación hospitalaria para pacientes externos.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Es usted un paciente internado o externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Atención de salud mental para pacientes internados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</li> <li>• Hay un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> <p>Se aplican los períodos de beneficios de Medicare. El período de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando deje de ser paciente internado en un ningún hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital (o SNF) después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Estadía como paciente internado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio)</li> <li>• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos</li> <li>• Vendajes quirúrgicos</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos</li> </ul>	<p>Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte a continuación el título Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico.</p> <p>Consulte a continuación el título Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> <p>Consulte a continuación el título Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> <p>Consulte a continuación el título Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> <p>Consulte a continuación el título Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> <p>Consulte a continuación el título Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Estadía como paciente internado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> </ul>	<p>Consulte a continuación el título Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</p> <p>Consulte a continuación el título Servicios de rehabilitación para pacientes externos.</p>
<p> <b>Terapia médica nutricional</b></p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.</li> <li>• Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.</li> <li>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.</li> <li>• Antígenos.</li> <li>• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas.</li> <li>• Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).</li> <li>• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de nuestro beneficio para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p>	
<p> <b>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento para opioides</b></p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre los servicios del tratamiento del trastorno por consumo de opioides. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde.</li> <li>• Asesoramiento sobre consumo de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Pruebas toxicológicas.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>



**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p><b>Nota:</b> a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de ingreso como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Es usted un paciente internado o externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias</li> <li>• Servicios prestados en una clínica para pacientes externos</li> <li>• Cirugía u observación para pacientes externos</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos como entablillados y yesos</li> </ul>	<p>Consulte el título Atención de emergencia.</p> <p>Consulte el título Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico.</p> <p>Consulte los títulos Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios y Observación hospitalaria para pacientes externos.</p> <p>Consulte el título Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> <p>Consulte el título Atención de salud mental para pacientes externos.</p> <p>Consulte el título Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> <p>Consulte el título Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar</li> </ul> <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de ingreso como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Es usted un paciente internado o externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1- 877- 486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Consulte el título Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>
<p><b>Atención de salud mental para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizados por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios prestados por un psiquiatra</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada sesión individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios prestados por otros proveedores de atención de la salud mental</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada sesión individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos para pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios prestados por un fisioterapeuta o terapeuta del habla y del lenguaje</li> <li>• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</b></p> <p>Tiene cobertura para el tratamiento por abuso de sustancias, según lo cubre Original Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por cada sesión individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de ingreso para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos</li> <li>• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Tarjeta de débito para artículos de venta libre (OTC)</b></p> <p>Recibirá una asignación de \$158 todos los meses en una tarjeta de débito para artículos de venta libre (OTC) que le permitirá comprar artículos para la atención personal de la salud de una lista aprobada por el plan en lugares designados.</p> <p>Los artículos aprobados pueden incluir artículos OTC sin receta como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicamentos para la tos o el resfrío, y vendas. Todos los meses, usted recibe un monto en dólares que puede gastar en artículos aprobados por el plan. Los fondos se acreditarán en la tarjeta el primer día de cada mes (por ejemplo, el 1 de enero, el 1 de febrero). Los fondos que no se utilicen vencerán al final de cada mes o al cancelar la inscripción en el plan.</p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Tarjeta de débito para artículos de venta libre (OTC) (continuación)</b></p> <p>Para solicitar una lista de artículos elegibles o para obtener ayuda para encontrar tiendas participantes, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. En función de su elegibilidad para Medicaid, es posible que algunos artículos OTC estén a su disposición a través de Medicaid cuando utilice su tarjeta de beneficios de Medicaid.</p>	
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.</li> <li>○ Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.</li> <li>○ Exámenes básicos de audición y equilibrio a cargo de su especialista, si el médico así lo indica para determinar si necesita tratamiento médico.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Consulte el título “Cirugía para pacientes externos” más arriba en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables a las consultas en centros quirúrgicos ambulatorios o en un entorno hospitalario para pacientes externos.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de médicos de atención primaria, servicios de médicos especialistas, sesión individual para servicios especializados de salud mental, sesión individual para servicios psiquiátricos. Es posible que se ofrezcan servicios de telesalud adicionales; consulte a su proveedor de la red si la telesalud está disponible y comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para confirmar la cobertura. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud.</li> <li>○ Los miembros pueden acceder a los servicios de telesalud a través de dispositivos de escritorio, tabletas o móviles. Para obtener instrucciones detalladas sobre cómo acceder a los servicios de telesalud, visite nuestro sitio web (<a href="http://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>) o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).</li> </ul> </li> <li>• Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de los especialistas (como se describe arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico”).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular.</li> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si se cumple todo lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo.</li> <li>○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días.</li> <li>○ El control no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la próxima cita disponible.</li> </ul> </li> <li>• Evaluación del video o imágenes que usted envió a su documento e interpretación y seguimiento a cargo de su médico dentro de las 24 horas <b>si se cumple todo lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo.</li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días.</li> <li>○ La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la próxima cita disponible.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de los especialistas (como se describe arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico”).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de los especialistas (como se describe arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico”).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de los especialistas (como se describe arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico”).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de los especialistas (como se describe arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico”).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico, <b>si</b> no es un paciente nuevo.</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.</li> <li>• Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).</li> </ul>	<p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de los especialistas (como se describe arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico”).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de los especialistas (como se describe arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico”).</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médicos o quirúrgicos de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores</li> </ul> </li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto rectal</li> <li>• Análisis del antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles deben cumplir los siguientes requisitos:</b> tener entre 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</b></p> <p><i>Para poder realizarse pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT: el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado eligen realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare.</i></p>	
<p> <b>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios para tratar enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3).</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial).</li> <li>• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).</li> <li>• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.</li> <li>• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Los servicios que estarán cubiertos se describen en las siguientes secciones: Consulte el título Atención hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Consulte el título Equipo médico duradero y suministros relacionados.</p> <p>Consulte el título Atención médica a domicilio.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</li> </ul>	
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>(En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).</li> <li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.</li> <li>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta 100 días por cada período de beneficios para servicios para pacientes internados en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>El período de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando deje de ser paciente internado en un ningún hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital (o SNF) después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.</li> <li>• Servicios de médicos o profesionales.</li> </ul> <p>Es posible que se requiera una hospitalización previa de tres días.</p> <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda recibir la atención de un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada).</li> </ul> <p>Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</u></li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación.</li> <li>• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico.</li> <li>• Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.</li> </ul> <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	
<p><b>Transporte (rutina adicional)</b></p> <p>Viajes ilimitados aprobados por el plan todos los años. Un viaje se considera un transporte de ida en taxi, camioneta, transporte médico o servicios de viaje compartido a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas, que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.</li> <li>• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).</li> </ul> <p>Examen de los ojos de rutina Límite de una consulta al año Nota: los beneficios del examen de los ojos de rutina están a cargo de EyeMed. Debe consultar a un proveedor de la red de EyeMed para acceder al beneficio. Revise el Directorio de proveedores para encontrar un proveedor de EyeMed. Anteojos adicionales de rutina Incluye cobertura de anteojos O lentes de contacto con receta. Comuníquese con el servicio al cliente de EyeMed al (866) 355-1239 antes de obtener servicios fuera de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de que ya haya recibido servicios de un proveedor fuera de la red, comuníquese con el servicio al cliente de EyeMed (el número que figura arriba) para saber cómo enviar su reclamo de reembolso.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención de la vista (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los reclamos de atención de la vista de rutina fuera de la red se deben enviar a EyeMed. El formulario de reclamo y los documentos de respaldo deben enviarse por correo a la siguiente dirección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• EyeMed Vision Care, Attn: MVC Claims, P.O. Box 8504, Mason, OH 45040</li> </ul> </li> <li>• Examen para lentes de contacto (adaptación y evaluación). Asignación de hasta \$130 cada dos años calendario para lentes de contacto.</li> <li>• Anteojos (lentes y marcos). Límite de un par de anteojos (lentes y marcos) cada dos años.  Asignación de hasta \$130 cada dos años calendario para una amplia selección de marcos O para marcas destacadas de marcos. Los anteojos con receta incluyen lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea. Nota: los beneficios de anteojos de rutina están a cargo de EyeMed Vison Care. Debe consultar a un proveedor de la red de EyeMed Vison Care para acceder al beneficio.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 a \$60, según el servicio. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$25 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p> <b>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p><b>Importante:</b> cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (continuación)</b></p> <p>Medicare cubre un electrocardiograma (ECG) después de la consulta de bienvenida de los servicios preventivos.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

### **SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)?**

#### **Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Bright Advantage Special Care**

Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no cubre los siguientes servicios, pero estos están disponibles a través de Medicaid:

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>
Atención médica diurna para adultos	<p>Medicaid cubre los servicios de atención médica diurna para adultos que se prestan en un centro de atención médica residencial o en un establecimiento de extensión aprobado, conforme a la dirección médica de un médico, para una persona con una discapacidad funcional, que no puede salir de su casa y que requiere ciertos artículos o servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos.</p> <p>La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios: médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio que constituyen un programa planificado de distintas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Atención médica diurna para adultos con SIDA	Medicaid cubre programas de atención médica diurna para adultos (ADHCP), atención diseñada para ayudar a las personas con la enfermedad del VIH a vivir de forma más independiente en la comunidad o eliminar la necesidad de servicios de atención médica residencial.
Programa de vida asistida	Medicaid cubre atención personal, limpieza, supervisión, auxiliares de atención de la salud a domicilio, servicios personales de respuesta en caso de emergencia, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, suministros y equipos médicos, atención médica diurna para adultos, una serie de servicios de salud en el hogar y los servicios de administración de casos de un enfermero profesional matriculado. Los servicios se prestan en un hogar para adultos o un entorno de vivienda enriquecido.
Personas autorizadas a dar recetas de buprenorfina	Según se define en su cobertura de Medicaid y cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre.
Administración de atención	Medicaid cubre la administración de atención, un proceso que ayuda a los miembros a acceder a servicios necesarios cubiertos según se identifican en el plan de atención.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Determinados servicios de salud conductual y mental	<p>Medicaid cubre determinados servicios de salud conductual y mental, entre ellos, los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas intensivos de tratamiento de rehabilitación psiquiátrica</li> <li>• Tratamiento diurno</li> <li>• Tratamiento diurno continuo</li> <li>• Administración de casos para personas con enfermedades mentales graves y continuas (patrocinado por las unidades de salud mental estatales o locales)</li> <li>• Hospitalizaciones parciales</li> <li>• Tratamiento asertivo comunitario (ACT)</li> <li>• Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)</li> </ul> <p>Servicios de salud conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínicos: tratamiento diurno continuo y hospitalización parcial</li> <li>• De rehabilitación: servicios de hospitalización, tratamiento y residenciales para personas con adicciones</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes externos y servicios personales de respuesta en caso de emergencia</li> <li>• Servicios de residencia en caso de crisis de la exención 1115</li> <li>• Servicios personalizados orientados a la recuperación y rehabilitación: residencia comunitaria de ACT</li> </ul>
Diálisis renal crónica	La cobertura de Medicaid incluye servicios prestados por un centro de diálisis renal que Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no cubre.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Administración integral de casos de Medicaid	<p>Medicaid cubre la Administración integral de casos de Medicaid (CMCM), que ofrece servicios de remisión de administración de casos de “trabajo social” a una población determinada.</p> <p>Un administrador de casos de CMCM asiste al cliente en el acceso a los servicios necesarios de acuerdo con las metas descritas en un plan escrito de administración de casos.</p>
Servicios de atención personal dirigida por el consumidor	Según se define en su cobertura de Medicaid.
Servicios ordenados por un tribunal	<p>Medicaid cubre servicios ordenados por un tribunal prestados por un médico, dentista u otro proveedor calificado según la ley, o bajo su supervisión, para prestar servicios médicos, dentales y de salud conductual (incluidos los servicios de salud mental o dependencia química). Es posible que Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) proporcione cierta cobertura.</p>
Servicios de intervención en caso de crisis	<p>Medicaid cubre servicios de intervención en caso de crisis, que se prestan a un miembro que experimenta o corre un riesgo inmediato de sufrir una crisis a nivel psiquiátrico. Estos servicios están diseñados para detener o aliviar la crisis, e incluyen la evaluación preliminar y resolución, y disminución inmediata de la crisis.</p>
Servicios dentales	<p>Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no la cubre, Medicaid cubre la atención dental preventiva, profiláctica y de otro tipo, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía de la boca (cuando Medicare no la cubre) y aparatos de prótesis y ortopedia dentales necesarios para paliar una afección grave de la salud, incluida la que afecta la inserción laboral.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Terapia por observación directa para la enfermedad de la tuberculosis (TB)	Medicaid cubre la terapia por observación directa para la tuberculosis (TB/DOT), que es la observación directa de la toma de medicamentos por vía oral para asegurar que el paciente cumpla el régimen de medicamentos que el médico recetó.
Equipo médico duradero (DME) no cubierto por Medicare	Medicaid cubre equipo médico duradero, incluidos los dispositivos y equipos distintos de los suministros médicos o quirúrgicos, la fórmula enteral y los aparatos protésicos u ortopédicos que tienen las siguientes características: pueden resistir el uso repetido durante un período prolongado; se utilizan principal y habitualmente con fines médicos; generalmente no son útiles para una persona sin enfermedades o lesiones, y suelen estar ajustados, diseñados o fabricados para el uso de una persona en particular.
Servicios de emergencia	Si Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre.
Transporte de emergencia	Si Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no lo cubre, Medicaid cubre transporte en ambulancia, ambulancia pequeña (camioneta para personas con discapacidades), transporte aéreo o de ala fija, camioneta para personas con discapacidades, taxi, vehículo de librea, transporte público u otros medios adecuados para la afección médica del miembro, y un asistente de transporte para que lo acompañe, si es necesario. Estos servicios pueden incluir el transporte, las comidas, el alojamiento y el salario; sin embargo, no se pagará ningún salario a un asistente de transporte que sea familiar del miembro.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Servicios de planificación familiar y salud reproductiva	<p>Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre servicios de planificación familiar y salud reproductiva, lo que implica que ofrece la organización y la prestación de los servicios médicos que permiten a los miembros prevenir o reducir la frecuencia de embarazos no deseados. Los servicios de planificación familiar fuera de la red prestados por proveedores calificados de Medicaid se reembolsarán directamente a partir del pago por servicio de Medicaid de acuerdo con la lista de tarifas de Medicaid.</p>
Servicios de audición (y audiología)	<p>Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre servicios y productos de audición cuando son médicamente necesarios para disminuir la discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; controles de los audífonos después de su entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de los audífonos; servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos, y productos de audífonos que incluyen audífonos, moldes auditivos, adaptaciones especiales y piezas de repuesto.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Programa de exención basado en el hogar y la comunidad	Medicaid cubre servicios y apoyos basados en el hogar y la comunidad disponibles para las personas calificadas. Los programas incluyen el Programa de atención médica domiciliaria a largo plazo, el Programa de lesión cerebral traumática (TBI), la Exención para centros de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR), los programas de atención a domicilio de Medicaid en Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y los programas de atención a domicilio de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD).
Servicios de atención a domicilio	Según se define en su cobertura de Medicaid. La atención a domicilio cubierta por Medicaid incluye los siguientes servicios que son de carácter preventivo, terapéutico, de rehabilitación, de orientación médica o de apoyo: servicios de enfermería, servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio, servicios de nutrición, servicios de trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla/lenguaje. Consulte la Tabla de beneficios médicos arriba para ver los servicios que cubre Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).
Servicios cubiertos de atención médica a domicilio que no son de Medicare	Los servicios de atención médica a domicilio que Medicaid cubre incluyen la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare (por ejemplo, fisioterapeuta para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que han alcanzado su máximo potencial de restauración o personal de enfermería para llenar previamente jeringas para personas discapacitadas con diabetes) o servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio según lo requiera un plan de atención aprobado.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Salud mental para pacientes internados por encima del límite de 190 días de por vida	Medicaid cubre todos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluidos los ingresos voluntarios o involuntarios a servicios de salud mental por encima del límite de 190 días de por vida de Medicare.
Servicios hospitalarios para pacientes internados y externos	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre.
Servicios de laboratorio	En el caso de servicios de laboratorio que Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no cubre, Medicaid cubre las pruebas y los procedimientos médicamente necesarios con la orden de un profesional médico calificado y enumerados en la lista de tarifas de Medicaid para servicios de laboratorio.
Beneficios de farmacia de Medicaid	Medicaid cubre determinadas categorías de medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare, como los barbitúricos, las benzodiazepinas y algunas vitaminas con receta y medicamentos sin receta.
Servicios sociales médicos	Medicaid cubre servicios sociales médicos, que incluyen la evaluación de la necesidad, organización y prestación de ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar, cuando un trabajador social calificado presta esos servicios en el marco de un plan de atención.
Costo compartido de Medicare	Medicaid cubre los costos compartidos de Medicare para los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos los deducibles, copagos y montos de coseguro.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula enteral y parenteral, y baterías de audífonos	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre los suministros médicos y quirúrgicos, la fórmula enteral y parenteral, y las baterías de los audífonos. Estos artículos se consideran generalmente de un solo uso, artículos consumibles pagados rutinariamente según la categoría DME de pago por servicio de Medicaid. La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a la alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía, y a ciertas personas elegibles (por ejemplo, las que no pueden obtener nutrición por ningún otro medio).
Servicios de tratamiento de mantenimiento con metadona (MMTS)	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre los MMTS, que consisten en la desintoxicación de drogas, el asesoramiento sobre la dependencia de drogas y los servicios de rehabilitación que incluyen el control químico con metadona.
Servicios de obstetricia	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre los servicios de obstetricia que incluyen el control del embarazo normal, el parto y la atención de posparto, así como la atención primaria preventiva de salud reproductiva para mujeres fundamentalmente sanas. Incluye la evaluación del recién nacido, la reanimación y la remisión para los bebés. El obstetra debe estar debidamente autorizado en Nueva York y tener una relación de colaboración con un médico u hospital que presten servicios obstétricos y cumplir otros requisitos especificados.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Transporte que no sea de emergencia	<p>Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre los gastos de transporte cuando el transporte es esencial para que un miembro reciba la atención y los servicios médicos necesarios que cubre el programa de Medicaid.</p> <p>Transporte significa transporte en ambulancia, ambulancia pequeña, transporte aéreo o de ala fija, camioneta para personas con discapacidades, taxi, vehículo de librea, transporte público u otros medios adecuados a la afección médica del miembro, y un asistente de transporte para que lo acompañe, si es necesario. Estos servicios pueden incluir el transporte del asistente de transporte, las comidas, el alojamiento y el salario; sin embargo, no se pagará ningún salario a un asistente de transporte que sea familiar del miembro.</p>
Servicios de enfermero con práctica médica	Según se define en su cobertura de Medicaid y cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre.
Atención en centros de cuidados	Medicaid cubre la atención en centros de cuidados, que es la que proporciona un centro debidamente autorizado según la ley de Nueva York. Consulte la Tabla de beneficios médicos arriba para conocer los servicios que cubre Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Nutrición	<p>Medicaid cubre la evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones de alimentación, o la planificación del suministro de alimentos y bebidas adecuados a las necesidades físicas y médicas, y a las condiciones del entorno de la persona, o la educación y el asesoramiento en materia de nutrición para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas. Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias de alimentos, la planificación del suministro de una dieta adecuada dentro del entorno del hogar del paciente y las consideraciones culturales, la educación nutricional sobre las dietas terapéuticas como parte del entorno de tratamiento, el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la evaluación y revisión periódicas de los planes nutricionales, la educación en servicio del personal de la agencia de salud, así como la consulta sobre problemas de dieta específicos de los pacientes y la enseñanza de la nutrición a los pacientes y las familias. Un nutricionista calificado debe prestar estos servicios. Consulte la Tabla de beneficios médicos arriba para conocer los servicios de nutrición que cubre Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).</p>
Servicios de observación	Según se define en su cobertura de Medicaid y cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre.
Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)	<p>Medicaid cubre los siguientes servicios de la Oficina para Personas con Retraso Mental y Discapacidades de Desarrollo (OMRDD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de terapia a largo plazo proporcionados por centros de tratamiento clínico según el Artículo 16 o centros según el Artículo 28</li> <li>• Tratamiento diurno</li> <li>• Coordinación de servicios de Medicaid (MSC)</li> </ul>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Rehabilitación para pacientes externos	Cuando Bright Advantage Special Care HMO D-SNP no las cubre, Medicaid cubre la terapia ocupacional, terapia médica y terapia del habla y el lenguaje, limitadas a 20 consultas por terapia por año calendario, excepto para los menores de 21 años y las personas con discapacidades del desarrollo.
Servicios de atención personal	Medicaid cubre servicios de atención personal (PCS) que incluyen la prestación de asistencia total o parcial en actividades como la higiene personal, la vestimenta y la alimentación, y tareas funcionales de apoyo nutricional y del entorno (preparación de comidas y tareas domésticas). Esos servicios deben ser esenciales para el mantenimiento de la salud y la seguridad del miembro en su propio hogar. La atención personal debe ser médicamente necesaria, ordenada por el médico del miembro y proporcionada por una persona calificada de conformidad con un plan de atención.
Servicios personales de respuesta en caso de emergencia (PERS)	Medicaid cubre dispositivos electrónicos que permiten a ciertos pacientes de alto riesgo asegurar la ayuda en caso de una emergencia física, emocional o del entorno. Actualmente existen diversos sistemas de alerta electrónica que utilizan distintos dispositivos de aviso. Estos sistemas suelen estar conectados al teléfono del paciente y dan aviso a un centro de respuesta una vez que se activa un botón de “ayuda”. En el caso de una emergencia, un centro de respuesta recibe la señal y actúa en consecuencia.
Fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT), terapia del habla y del lenguaje (SLP)	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no las cubre, Medicaid cubre PT, OT, SLP y otras terapias proporcionadas en un entorno distinto del hogar.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Servicios médicos	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre.
Servicios de podiatría	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no la cubre, Medicaid cubre la atención de los pies médicamente necesaria, incluida la atención de afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores.
Servicios de salud preventivos	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre.
Servicios de enfermería privada	Medicaid cubre los servicios de enfermería privada médicamente necesarios, de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico que lo ordena, del asistente médico matriculado o del enfermero con práctica médica certificado.
Prótesis	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no lo cubre, el calzado con receta cubierto por Medicaid se limita al tratamiento de personas diabéticas o cuando el zapato sea parte de un soporte para la pierna (ortopédico), o si hay complicaciones en los pies en menores de 21 años. Las medias de compresión y soporte solo tienen cobertura en el embarazo o para el tratamiento de úlceras por estasis venosa.
Servicios de radiología y radioscopía	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre los servicios médicamente necesarios ofrecidos por profesionales calificados en la prestación de servicios de radiología de diagnóstico, ecografía de diagnóstico, medicina nuclear, oncología radioterápica y resonancia magnética (MRI). Estos servicios se prestan conforme a la orden de un profesional calificado.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Servicios de rehabilitación prestados a residentes de las residencias comunitarias autorizadas (CR) de la Oficina de Salud Mental (OMH) y de los programas de tratamiento basados en la familia	Medicaid cubre los servicios de rehabilitación prestados a residentes de las residencias comunitarias autorizadas (CR) de la Oficina de Salud Mental (OMH) y los programas de tratamiento basados en la familia.
Fisioterapia respiratoria	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no la cubre, Medicaid cubre la fisioterapia respiratoria de la siguiente manera: la aplicación de técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y rehabilitación de las vías respiratorias, incluida la aplicación de gases medicinales, humedad y aerosoles, presión positiva intermitente, ventilación artificial continua, la administración de medicamentos por inhalación y el control de las vías respiratorias pertinente, la atención del paciente, la instrucción de los pacientes y la consulta a otros profesionales de la salud. Un fisioterapeuta respiratorio calificado debe prestar estos servicios.
Servicios de segunda opinión médica	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no la cubre, Medicaid cubre la obtención de una segunda opinión para el diagnóstico de una afección, tratamiento o procedimiento quirúrgico a cargo de un médico calificado o especialista adecuado, incluido uno asociado a un centro de atención especializada.
Atención no cubierta por Medicaid en un centro de enfermería especializada (SNF)	Medicaid cubre los días en centros de enfermería especializada que excedan los primeros 100 días del período de beneficios de Medicare Advantage.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Productos para dejar de fumar	Según se define en su cobertura de Medicaid y cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre.
Servicios ordenados por el Estado	Medicaid cubre los servicios ordenados por el Estado, que incluyen rehabilitación psicosocial, apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario, servicios de rehabilitación, apoyo y capacitación familiar, alivio de crisis a corto plazo, alivio de crisis intensa, servicios de apoyo a la educación, apoyo de pares, servicios prevocacionales, empleo de transición, empleo con apoyo intensivo y empleo con apoyo continuo.
Servicios relacionados con el trastorno por abuso de sustancias (SUD)	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre los servicios de SUD que incluyen servicios de desintoxicación para pacientes internados, servicios de tratamiento de adicciones en residencias, servicios para pacientes externos, servicios de SUD exigidos por los Departamentos Locales de Servicios Sociales (LDSS) y supervisión por parte de un médico de la abstinencia de pacientes externos.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Beneficio	Descripción
Servicios de la vista	Cuando Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) no los cubre, Medicaid cubre los servicios de optometristas, oftalmólogos y dosificadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (de serie o hechos a medida), ayudas para la vista reducida y servicios para la vista reducida. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de piezas. La cobertura también incluye exámenes para el diagnóstico y el tratamiento de defectos de la vista o enfermedades de los ojos. Los exámenes de la refracción se limitan a cada dos (2) años, a menos que se justifiquen de otro modo como médicamente necesarios. Los anteojos no requieren cambio con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, se dañen o se rompan.

**SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 4.1 Servicios no cubiertos por el plan (exclusiones)**

En esta sección se describe qué servicios están “excluidos” de Medicare. “Excluidos” significa que el plan no cubre estos servicios.

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que el plan no cubre en ninguna circunstancia o que el plan solo cubre en determinadas circunstancias.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.  (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
* El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.</li> <li>• Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.</li> </ul>
Atención odontológica que no sea de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.</p>
Atención quiropráctica de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.</p>
Cuidado de rutina de los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare. Por ejemplo, si usted tiene diabetes.</p>
Zapatos ortopédicos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.</p>
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la vista reducida.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura.		✓
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	

\* El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

# CAPÍTULO 5

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

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>125</b>
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D.....	125
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D.....	126
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan .....</b>	<b>127</b>
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red .....	127
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	127
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan.....	128
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	129
Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan .....	130
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan .....</b>	<b>131</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	131
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? .....	132
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos .....</b>	<b>133</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? .....	133
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones hay? .....	133
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	134
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? .....</b>	<b>135</b>
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.....	135
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? .....	135
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? .....</b>	<b>137</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año ..	137

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

---

Sección 6.2	¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando? .....	138
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan? .....</b>	<b>140</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos .....	140
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta .....</b>	<b>141</b>
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro.....	141
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? .....	141
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....</b>	<b>141</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? .....	141
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? ....	142
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?.....	142
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? ..	143
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos .....</b>	<b>144</b>
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura.....	144
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides .....	144
Sección 10.3	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos .....	145

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D****¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare y la recibe para pagar los costos del plan de sus medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Le enviamos un encarte separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este encarte, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D**

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** En el próximo capítulo se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, generalmente, los medicamentos que le dan durante las estadias cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadia cubierta, ya sea hospitalaria o en un centro de atención de enfermería especializada, y sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

En la siguiente sección se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta tienen cobertura a través de sus beneficios de Medicaid.

Puede obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta en virtud de sus beneficios de Medicaid comunicándose con su plan de salud de Medicaid que figura en el Capítulo 2 de este folleto. Su plan de salud de Medicaid también puede proporcionarle una Lista de medicamentos de Medicaid que indique qué medicamentos tienen cobertura de Medicaid.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D</b>
--------------------	--

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.
- La persona autorizada que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificada para emitir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

---

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

---

<b>Sección 2.1      Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red</b>
---

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 2.2      Cómo encontrar farmacias de la red</b>
--

**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de farmacias, visite nuestro sitio web [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) o llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

**¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?**

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage).

**¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?**

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia

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

que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros.

- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

### Sección 2.3      Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “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 sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736.

Por lo general, el pedido de una farmacia de pedido por correo le llegará en menos de 14 días. Si su pedido se demora, puede recibir un suministro temporal en su farmacia. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si sucede lo siguiente:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos ahora o en cualquier momento siempre que su médico nos envíe sus recetas. No se necesita ninguna solicitud especial. O bien, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736 para reanudar las entregas automáticas si antes las había interrumpido.

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

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros el Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si opta por no usar un programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736 para proporcionarnos su información de contacto de preferencia.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del

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

plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo). Puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras pueden aceptar un costo compartido inferior para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el Directorio de farmacias, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como de “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 más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

### Sección 2.5      **Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan**

#### **En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si no puede usar una farmacia de la red:

- Viaja fuera del área de servicio del plan (dentro de los Estados Unidos) y se le acaba el medicamento cubierto de la Parte D, pierde el medicamento cubierto de la Parte D o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D a tiempo dentro de sus áreas de servicio porque, por ejemplo, no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en auto que brinde servicio durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Debe surtir una receta para un medicamento cubierto de la Parte D a tiempo, y ese medicamento específico cubierto de la Parte D (por ejemplo, un medicamento sin interés comercial u otra especialidad farmacéutica que normalmente se envía directamente de los fabricantes o vendedores especiales) no se almacena habitualmente en las farmacias minoristas o de pedido por correo accesibles de la red.
- Se le proporcionan medicamentos de la Parte D entregados por una farmacia institucional fuera de la red mientras usted es paciente en un departamento de emergencias, clínica de un proveedor, cirugía para pacientes externos u otro entorno para pacientes externos, y como resultado no puede surtir sus medicamentos de la Parte D en una farmacia de la red.

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

---

- Ha recibido su medicamento cubierto de la Parte D durante una declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que se lo evacúa o desplaza de otro modo de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtenga los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

En estos casos, cuando tenga cobertura para surtir su receta en una farmacia fuera de la red, es posible que tenga un límite de 30 días de suministro para su medicamento.

En estos casos, **primero consulte con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

### ¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

---

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

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos</b>
--------------------	---

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta tienen cobertura a través de sus beneficios de Medicaid.

Puede obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta en virtud de sus beneficios de Medicaid comunicándose con su plan de salud de Medicaid que figura en el Capítulo 2 de este folleto. Su plan de salud de Medicaid también puede proporcionarle una Lista de medicamentos de Medicaid que indique qué medicamentos tienen cobertura de Medicaid.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del

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

---

medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento que esté *en una de estas condiciones*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para los cuales ha sido recetado).
- *O bien*, esté sustentado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero suele costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

### ¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

Su plan de salud de Medicaid o el Departamento de Salud de la Oficina de Administración de Medicaid (Medicaid) también pueden proporcionarle una Lista de medicamentos de Medicaid que le indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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 este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

#### Sección 3.2

#### ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan ([brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage)). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

---

## **SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos**

---

<b>Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?</b>
--

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual lo ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir las normas y los reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

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

<b>Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?</b>
---

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible**

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y suele ser más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La

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

---

parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

### Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener autorización por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

### Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

### Limitaciones de la cantidad de medicamento

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

#### Sección 4.3

#### ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono) o visite nuestro sitio web ([brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage)).

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.**

Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

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

---

**SECCIÓN 5      ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera</b>
--------------------	--

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?</b>
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

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

---

### Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir los dos requisitos siguientes:

#### 1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser de uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

#### 2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

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

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es miembro nuevo en el plan y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos del medicamento por un máximo de hasta 30 días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

- En el caso de los miembros que estén experimentando un cambio de nivel de atención (al ingresar o recibir el alta de un centro de LTC), no se utilizarán las ediciones de resurtidos anticipados para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, y a dichos miembros se les permitirá acceder a un resurtido en el momento del ingreso o del alta.

Para pedir un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

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

---

### Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

### Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

---

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

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año</b>
--------------------	--

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.

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

- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

<b>Sección 6.2</b>	<b>¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?</b>
--------------------	---

**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

**¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?**

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

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
  - Si un medicamento de marca que está tomando es sustituido por un medicamento genérico, el plan debe darle un aviso con, por lo menos, 30 días de anticipación al cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro

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

---

motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.

- La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podríamos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

**Cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman ese medicamento:** por cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos en el nuevo año de beneficios por cualquier cambio sobre los medicamentos.

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D****SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que figuran a continuación no tienen cobertura de Medicare. Puede obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta en virtud de sus beneficios de Medicaid comunicándose con su plan de salud de Medicaid que figura en el Capítulo 2 de este folleto. Su plan de salud de Medicaid también puede proporcionarle una Lista de medicamentos de Medicaid que indique qué medicamentos tienen cobertura de Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.

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

---

- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

---

### SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Muestre la tarjeta de miembro</b>
--------------------	--------------------------------------

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan nuestra parte de los costos de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia su parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

<b>Sección 8.2</b>	<b>¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?</b>
--------------------	---

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitar** que le **reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

---

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

---

<b>Sección 9.1</b>	<b>¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?</b>
--------------------	--

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por los

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

medicamentos con receta de la Parte D) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

**Sección 9.2      ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?**

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

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

**¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?**

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.

**Sección 9.3      ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?**

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D****Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:**

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

**Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable** porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o del empleador o sindicato.

**Sección 9.4      ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?**

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio deben informar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), que ofrecen más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted debe pagar.

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

---

**SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos**

---

**Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura**

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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

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

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

**Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides**

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos sea adecuado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que el uso que hace de sus medicamentos opioides o benzodiacepina no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepina con receta en determinada(s) farmacia(s).

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

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinado(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si consideramos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar incorrectamente los medicamentos con receta o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si decide presentar una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su solicitud en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

<b>Sección 10.3</b>	<b>Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos</b>
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.

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

---

También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

# CAPÍTULO 6

*Lo que le corresponde pagar  
por los medicamentos con receta  
de la Parte D*

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D****Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>150</b>
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos.....	150
Sección 1.2	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos.....	151
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento .....</b>	<b>151</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de <i>Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)</i> ?.....	151
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....</b>	<b>153</b>
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”) .....	153
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos.....	154
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos .....</b>	<b>155</b>
Sección 4.1	Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos .....	155
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte .....</b>	<b>155</b>
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene .....	155
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento .....	156
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes completo.....	157
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento .....	158
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de costos de sus medicamentos para el año llegue a \$4,130.....	159

## Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos .....</b>	<b>159</b>
Sección 6.1	Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a \$6,550.....	159
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta .....	160
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos .....</b>	<b>162</b>
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año.....	162
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....</b>	<b>163</b>
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna.....	163
Sección 8.2	Tal vez le convenga llamar al Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna.....	164

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D****¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare y la recibe para pagar los costos del plan de sus medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa “Ayuda adicional”, parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso. Le enviamos un encarte separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este encarte, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos**

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar las cosas, utilizamos la denominación “Lista de medicamentos”.
  - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los

## Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.

- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

### Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

## SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)*?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido.

## Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

<b>Etapa 1</b> <b>Deducible anual</b> <b>Etapa</b>	<b>Etapa 2</b> <b>Cobertura inicial</b> <b>Etapa</b>	<b>Etapa 3</b> <b>Periodo sin</b> <b>cobertura</b> <b>Etapa</b>	<b>Etapa 4</b> <b>Etapa de cobertura</b> <b>en situaciones</b> <b>catastróficas</b>
<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, su monto de deducible será \$0 o \$92, en función del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Lea el encarte separado, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> <p>Si su deducible es \$0: esta etapa de pago no se aplica a usted. Si su deducible es \$92: usted paga el costo total de los medicamentos hasta que haya pagado \$92 por sus medicamentos.</p> <p>(Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de \$4,130.</p> <p>(Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$6,550. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.</p> <p>(Puede ver los detalles en la <b>Sección 6</b> de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, <b>el plan pagará la mayor parte de los costos</b> de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p> <p>(Puede ver los detalles en la <b>Sección 7</b> de este capítulo).</p>

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

---

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

---

<b>Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)</b>
---

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales de sus medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se lo denomina “EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a lo largo del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. Aquí encontrará lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de medicamentos.** Esta información mostrará los aumentos porcentuales acumulados para cada reclamo de medicamento con receta.
- **Medicamentos con receta disponibles a menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo de medicamento con receta que pueda estar disponible.

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D****Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos**

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

teléfono). 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**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos</b>
--------------------	---

La mayoría de nuestros miembros recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, así que la Etapa del deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda adicional”, el monto de su deducible depende del nivel de “Ayuda adicional” que reciba, de las siguientes formas:

- No pagará un deducible.
- O bien, pagará un deducible de \$92.

Lea el encarte separado (la “Cláusula adicional LIS”), para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto de deducible del plan, que es de \$445 para 2021.

- El “**costo total**” suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado \$445 por sus medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

---

**SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene</b>
--------------------	---

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copago o monto de coseguro). La

## Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

---

parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

### Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un mes de un medicamento</b>
--------------------	---

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

## Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

### Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para hasta 30 días).
Costo compartido para medicamentos cubiertos	\$0/\$1.30/\$3.70/ 15 %* para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos considerados genéricos)	\$0/\$1.30/\$3.70/ 15 %* para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos considerados genéricos)	\$0/\$1.30/\$3.70/ 15 %* para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos considerados genéricos)	\$0/\$1.30/\$3.70/ 15 %* para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos considerados genéricos)
	\$0/\$4.00/\$9.20/ 15 %* para todos los demás medicamentos			

\* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que

## Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que pagará será menor.

- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
  - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago por su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro del medicamento para siete días, su pago será \$1 por día multiplicado por siete días, para un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

### Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo significa un suministro para hasta 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

#### La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)
Costo compartido para medicamentos cubiertos	\$0/\$1.30/\$3.70/15 %* para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos considerados genéricos)  \$0/\$4.00/\$9.20/15 %* para todos los demás medicamentos	\$0/\$1.30/\$3.70/15 %* para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos considerados genéricos)  \$0/\$4.00/\$9.20/15 %* para todos los demás medicamentos

\* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”.

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D****Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de costos de sus medicamentos para el año llegue a \$4,130**

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al límite de **\$4,130 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la primera compra de medicamentos del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:
  - El monto total que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible, que es \$0 o \$92.
  - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2021, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,130. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

**SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos****Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a \$6,550**

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado este monto y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento para medicamentos de marca y el 25 % de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que usted paga de su bolsillo llegue al monto máximo que ha fijado Medicare. En 2021, ese monto es de \$6,550.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llega a un límite de lo que paga de su bolsillo de \$6,550, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

<b>Sección 6.2</b>	<b>Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta</b>
--------------------	---

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

---

**Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen si los efectúan en su nombre otra persona u organización. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

---

pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por un programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.

- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

**Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$6,550 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

---

**Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos cubiertos solo por Medicaid.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

*Recordatorio:* si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

**¿Cómo puede llevar un registro del total de costos que paga de su bolsillo?**

- **Nosotros 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 los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de \$6,550 en el año, en este informe, se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

**SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos****Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año**

Usted califica para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, los costos de sus medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será de la siguiente forma:

- \$0.
- Un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - Un coseguro del 5 % del costo del medicamento.
  - *O bien*, \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, y \$9.20 para todos los demás medicamentos.
- Nuestro plan paga el resto del costo.

Lea el encarte separado (la “Cláusula adicional LIS”), para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

---

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

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna</b>
--------------------	---

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **del medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “colocación” de la vacuna).

**¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?**

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
  - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, en la *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.
  - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante las Etapas del deducible y del período sin cobertura de su beneficio.

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

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

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago o coseguro por la vacuna en sí.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá pedirle a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

*Situación 3:* usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago o coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto que el médico le cobró por la administración de la vacuna.

**Sección 8.2 Tal vez le convenga llamar al Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna**

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero al Departamento de Servicios para Miembros cuando esté pensando en vacunarse. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.

**Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

---

- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos indicarle lo que debe hacer para solicitarnos que le devolvamos nuestra parte del costo.

# CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>168</b>
Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso .....	168
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió .....</b>	<b>170</b>
Sección 2.1	Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago .....	170
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....</b>	<b>171</b>
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o medicamento.....	171
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica en su totalidad o en parte, puede presentar una apelación.....	172
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias .....</b>	<b>172</b>
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo.....	172

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos****SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso**

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que la paguemos. Cuando nos la envíe, la examinaremos y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

**Si ya ha pagado un servicio de Medicare o un artículo cubierto por el plan**, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama “reembolsar”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le devolveremos el dinero de los servicios o medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido.

**1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que, algunas veces, reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte del costo que nos correspondía.

## **Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague los servicios.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos a los proveedores que le facturen servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente, y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio. Para obtener información sobre la “facturación del saldo”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le reembolsemos los servicios cubiertos.

### **3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (“Retroactiva” significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitar la devolución y los plazos para realizar la solicitud. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

### **4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta**

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

## Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

### 5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía, o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la examinaremos y decidiremos si el servicio o medicamento se deben cubrir. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que se debe cubrir, le devolveremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

## SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

### Sección 2.1      Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro Formulario de reclamos de reembolsos de Medicare para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) o llame al Departamento de Servicios para

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

Miembros y pídalo. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

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

Part C Medical Services Claims  
Bright Health Medicare Advantage  
Claims Operations  
P.O. Box 853960  
Richardson, TX 75085-3960

Part D Prescription Drug Claims  
Elixir Solutions  
Attn: DMR Department  
2181 E. Aurora Rd Suite 201  
Twinsburg, OH 44087

**Debe presentarnos el reclamo dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

---

**SECCIÓN 3      Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no**

---

<b>Sección 3.1      Comprobamos si debemos cubrir el servicio o medicamento</b>
---

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

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o si usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la

## **Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

atención o del medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

### **Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica en su totalidad o en parte, puede presentar una apelación**

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 9.

## **SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias**

### **Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo**

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

A continuación hay un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

## **Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

### **Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted 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**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....</b>	<b>176</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	176
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.).....	176
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	177
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal....	177
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	178
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....	180
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado.....	182
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o no están respetando sus derechos?.....	182
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	183
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan.....</b>	<b>183</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	183

---

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

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	---

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante el Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

<b>Section 1.1</b>	<b>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.)</b>
--------------------	--

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 Member Services. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 brinda una explicación más amplia al respecto). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). No le pedimos que obtenga una remisión para consultar a proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

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

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por*

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

*escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.

- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

### **Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros**

Usted tiene derecho a ver su historia clínica conservada en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corriamos su historia clínica. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida (“PHI”) de una manera que cumpla con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (“HIPAA”). Podemos divulgar su PHI a otros interesados según sea necesario por razones de tratamiento, pago y actividades de atención médica, incluidos, entre otros, a Medicare, otros planes, su proveedor de atención primaria y otros proveedores.

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	--

Como miembro de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones presentadas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores de Bright Health.
  - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias de Bright Health.
  - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en [brihealthplan.com/medicare-advantage](http://brihealthplan.com/medicare-advantage).
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, describen qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

- **Información sobre los motivos por los cuales algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
  - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió en concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	---

**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a recibir información acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuestos es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

### Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacer si está incapacitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

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

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que quede incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Recomendamos darles copias a amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (incluido si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

### ¿Qué sucede si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante la Oficina de Administración de Sistemas de Salud del Departamento de Salud de Nueva York al 1-212-417-5927.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado</b>
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

<b>Sección 1.7</b>	<b>¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o no están respetando sus derechos?</b>
--------------------	---

### Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

### ¿Se trata de algo diferente?

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

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros médicos**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Sección 1.8      **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros médicos**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 2      **Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan**

### Sección 2.1      **¿Cuáles son sus responsabilidades?**

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Conozca sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice este folleto *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que paga.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

- Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
  - Debemos seguir normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporciónese la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente para esta) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
- Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a un aumento en sus ingresos (según lo informó en su última declaración de impuestos), debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se mudará fuera de nuestra área de servicio.
  - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

# CAPÍTULO 9

*Qué debe hacer si tiene un problema  
o una queja (decisiones de  
cobertura, apelaciones, quejas)*

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

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>190</b>
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud .....	190
Sección 1.2	Acerca de los términos legales .....	190
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros .....</b>	<b>191</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	191
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? .....</b>	<b>192</b>
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o de Medicaid? .....	192
<b>PROBLEMAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE .....</b>		<b>193</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Manejo de problemas sobre los beneficios de Medicare.....</b>	<b>193</b>
Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? .....	193
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones .....</b>	<b>193</b>
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general .....	193
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación .....	195
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?... ..	196
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....</b>	<b>196</b>
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención .....	196
Sección 6.2	Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) .....	198
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan).....	202
Sección 6.4	Paso a paso: cómo se presenta una apelación de Nivel 2.....	205
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le devolvamos nuestra parte de una factura que ha recibido en concepto de atención médica? .....	207

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

<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....</b>	<b>209</b>
Sección 7.1	En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D .....	209
Sección 7.2	¿Qué es una excepción? .....	211
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones.....	212
Sección 7.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción .....	212
Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) .....	216
Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	219
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto .....</b>	<b>221</b>
Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, en el que se le explicarán sus derechos .....	222
Sección 8.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital .....	223
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital .....	226
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? .....	227
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto .....</b>	<b>230</b>
Sección 9.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).....</i>	230
Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura.....	231
Sección 9.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo .....	232
Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo .....	234
Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? .....	235
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....</b>	<b>238</b>

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

Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos .....	238
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	240
<b>SECCIÓN 11</b>	<b>Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....</b>	<b>241</b>
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? .....	241
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” .....	243
Sección 11.3	Paso a paso: presentación de una queja.....	244
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad .....	245
Sección 11.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja .....	246
	<b>PROBLEMAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>.....</b>	<b>246</b>
<b>SECCIÓN 12</b>	<b>Manejo de problemas sobre los beneficios de <u>Medicaid</u>.....</b>	<b>246</b>

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

En este capítulo se explican los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que use para manejar su problema depende de dos cuestiones:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
2. El tipo de problema que tenga:
  - Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
  - Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

**Sección 1.2 Acerca de los términos legales**

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “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”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión al tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas a su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

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

---

**SECCIÓN 2      Usted puede obtener ayuda de las organizaciones  
gubernamentales que no estén relacionadas con  
nosotros**

---

**Sección 2.1      Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

**Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con el **Programa estatal de asistencia en seguros médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono.

**También puede obtener ayuda e información de Medicare**

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

**Puede obtener ayuda e información de Medicaid**

Puede obtener ayuda e información del Departamento de Salud de Nueva York.

- Puede llamar al 1-800-541-2831 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m.
- Puede visitar su sitio web ([www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)).

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

---

**SECCIÓN 3      ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?**

---

<b>Sección 3.1      ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o de Medicaid?</b>
--

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, puede usar diferentes procesos para manejar su problema o queja. El proceso que use depende de si el problema tiene que ver con beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid. Si su problema tiene que ver con un beneficio cubierto por Medicare, debe usar el proceso de Medicare. Si su problema tiene que ver con un beneficio cubierto por Medicaid, debe usar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use el siguiente diagrama.

---

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

**¿Su problema tiene que ver con beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid?**

(Si desea ayuda para determinar si su problema tiene que ver con beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Mi problema tiene que ver con beneficios de **Medicare.**

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, la **Sección 4: “Manejo de problemas sobre los beneficios de Medicare”.**

Mi problema tiene que ver con beneficios de **Medicaid.**

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo: **“Manejo de problemas sobre los beneficios de Medicaid”.**

---

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****PROBLEMAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE****SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre los beneficios  
de Medicare****Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y  
apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar  
quejas?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. El siguiente diagrama lo ayudará a encontrar la sección de este capítulo pertinente a problemas o quejas sobre **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, use este diagrama:

**¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?**

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

**Sí.** Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, la **Sección 5: “Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

**No.** Mi problema no tiene que ver con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

**SECCIÓN 5 Una guía de los fundamentos de las decisiones de  
cobertura y las apelaciones****Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar  
apelaciones: panorama general**

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos problemas relacionados con

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

---

el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no, y la forma en que está cubierto.

### Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que le cubrimos y cuánto pagamos nosotros. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no están cubiertos o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. Una Organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan evalúa la apelación de Nivel 2.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, usted tendrá que pedirnos una apelación de Nivel 2.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 5.2      Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de  
cobertura o presentando una apelación**

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
  - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, se debe designar a su médico como su representante.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llamen al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono) y pida el formulario “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf)). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apele una decisión.

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

### Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia en seguros médicos (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

## SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

### Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos, servicios médicos y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican distintas normas a una solicitud de un medicamento

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

---

con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta de la Parte B se diferencian de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
  2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desean brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
  3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
  4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, y quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
  5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
- **NOTA: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:**
    - Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
    - Sección 9 de este capítulo: *Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
  - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 6) como su guía sobre lo que debe hacer.

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

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Necesita saber si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, la <b>Sección 6.2</b> .
Ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la <b>Sección 6.3</b> de este capítulo.
Desea pedirnos que le reembolsemos atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.

### Sección 6.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

#### Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina “**determinación de la organización**”.

**Paso 1: usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.**

#### Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**decisión acelerada**”.

#### *Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea*

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*****Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión***

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médicos**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le **daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- Para una solicitud **de un artículo o servicio médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

***Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”***

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un artículo o servicio médicos. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
  - **Para una solicitud de un artículo o servicio médicos, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si está pidiendo cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.

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

---

- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

**Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.*****Plazos para una “decisión de cobertura rápida”***

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un artículo o servicio médicos, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período) o en 24 horas, si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 más adelante se explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

---

***Plazos para una “decisión de cobertura estándar”***

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médicos, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período) o en 72 horas, si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 más adelante se explica cómo presentar una 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 su solicitud.

**Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

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

**Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1  
(cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura  
sobre atención médica tomada por nuestro plan)**

**Términos legales**

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina “**reconsideración**” del plan.

**Paso 1: se comunica con nosotros y presenta la apelación.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

*Qué hacer*

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
  - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de designación de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono) y solicite el formulario de “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique por qué se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le

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

impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede presentar una solicitud por teléfono)*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

### **Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Mientras revisamos su apelación, hacemos otra revisión con detenimiento de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

### ***Plazos para una “apelación rápida”***

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un artículo o servicio médicos. Si decidimos tomar días adicionales para la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

---

- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

***Plazos para una “apelación estándar”***

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médicos en **el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación, si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos la respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un artículo o servicio médicos. Si decidimos que necesitamos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta en el plazo correspondiente anterior (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales sobre su solicitud de un artículo o servicio médicos), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es de un artículo o servicio médicos, o **en un plazo 7 días calendario**, si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

**Paso 3:** si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

### Sección 6.4 Paso a paso: cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que tomamos.

#### Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

**Paso 1:** la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

***Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el Nivel 2***

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es de un artículo o servicio médicos y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de revisión independiente no

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

---

puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

*Si se le concedió una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el Nivel 2*

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es de un artículo o servicio médicos, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es de un artículo o servicio médicos y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

### **Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.**

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de un artículo o servicio médicos**, nosotros debemos hacer lo siguiente:
  - autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas**;
  - prestar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes estándares**; o
  - prestar el servicio en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, nosotros debemos hacer lo siguiente:
  - autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes estándares**; o
  - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.

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

- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
  - Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una 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 está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

**Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Para obtener más información, consulte la Sección 10 de este capítulo.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Sección 6.5****¿Qué sucede si nos está pidiendo que le devolvamos nuestra parte de una factura que ha recibido en concepto de atención médica?**

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

**La solicitud de reembolso supone la solicitud de una decisión de cobertura de parte nuestra**

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*). También comprobaremos si ha

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

---

seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones de ello. (Si rechazamos su solicitud de pago, esto equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

### ¿Qué sucede si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

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

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.** Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

**SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

**Sección 7.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D**

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5).

- **En esta sección se tratan solamente los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, normas y restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

**Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D**

Como se comentó en la Sección 5 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 los medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.

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

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra autorización antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explique cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la <b>Sección 7.2</b> de este capítulo.
Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple todas las restricciones o normas del plan (como obtener autorización por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
Ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la <b>Sección 7.5</b> de este capítulo.

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

### Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

**1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla).

#### Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “**excepción al Formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

**2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

#### Términos legales

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, pedir una “**excepción al Formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto suele denominarse “autorización previa”).

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

- *Que se exija probar primero otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
- *Limitaciones de la cantidad de medicamento.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

**Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones****Su médico debe explicarnos las razones médicas**

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

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produciría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

**Podemos aceptar o rechazar su solicitud**

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. En la Sección 7.5 de este capítulo se indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

**Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**

**Paso 1: usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

***Qué hacer***

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para conocer los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo*

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

*comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección denominada *A dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.**

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. En la Sección 5.2 de este capítulo se indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo denominamos la “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada a través del Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o del formulario de nuestro plan, disponibles en nuestro sitio web.

*Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”*

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una “ <b>determinación de cobertura acelerada</b> ”.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

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

---

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
  - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle 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 en un plazo de 24 horas después de recibida. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

**Paso 2: consideramos su solicitud y le damos una respuesta.*****Plazos para una decisión de cobertura “rápida”***

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica qué sucede en la apelación de Nivel 2.

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

---

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido***

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

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

- 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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud de cobertura, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

<b>Sección 7.5</b>	<b>Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama “redeterminación”.

**Paso 1: se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

#### *Qué hacer*

- **Para iniciar su apelación, usted (su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D).**
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada a través del Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

*Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, los cuales aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

### **Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

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

#### *Plazos para una apelación “rápida”*

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

---

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir 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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación “estándar”***

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no después de los 7 días calendario** una vez que recibimos su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir 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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.

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

- 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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 3:** si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

### Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que tomamos.

#### Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

### **Paso 1:** para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.**

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

***Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2***

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

***Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2***

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido 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, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.
  - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

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

---

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

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

### **Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la Sección 10 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 8      Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto**

---

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.

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

- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

<b>Sección 8.1</b>	<b>Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, en el que se le explicarán sus derechos</b>
--------------------	---

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se las ingresa en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**1. Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no lo comprende.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho 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 del alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

<b>Términos legales</b>
-------------------------

<p>El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede <b>“solicitar una revisión inmediata”</b>. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (En la Sección 8.2 a continuación se le explica cómo solicitar una revisión inmediata).</p>
---

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

- Se les pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso. (En la Sección 5.2 de este capítulo se le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

**3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).

**Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros médicos, una organización del gobierno que ofrece 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 apropiada para usted.

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

---

**Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.**

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

### *¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?*

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

### *¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- En el aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) se explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

### *Actúe rápido:*

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
  - Si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar la apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

### *Pida una “revisión rápida”:*

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

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

### Términos legales

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

### **Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

#### *¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

### Términos legales

La explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).

### **Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.**

#### *¿Qué sucede si la aceptan?*

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

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

### ¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la 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 a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

### **Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.3</b>	<b>Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital</b>
--------------------	---

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones comprende los pasos que se indican a continuación:

### **Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

### **Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

**Paso 3:** en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

*Si la organización de revisión la acepta:*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

*Si la organización de revisión la rechaza:*

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

**Paso 4:** si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.4</b>	<b>¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

### Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápido” significa antes de que se vaya del hospital y no después de su fecha de alta prevista, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

### Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ <b>apelación acelerada</b> ”.

#### **Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

#### **Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.**

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

#### **Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

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

- Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

### **Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

### **Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa**

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que tomamos.

<b>Términos legales</b>
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ <b>Entidad de revisión independiente</b> ”. A veces se la denomina “ <b>IRE</b> ” (del inglés “Independent Review Entity”).

### **Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.**

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso para presentar quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

### **Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.**

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para 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 del alta del hospital.

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

- Si esta organización **acepta su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- Si esta organización **rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente adecuada.
  - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

### **Paso 3:** si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 9      Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto**

<b>Sección 9.1</b>	<b><i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i></b>
--------------------	---

Esta sección hace referencia *solamente* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12: *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una cirugía importante. (Para obtener más

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

información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12: *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos cancelando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

<b>Sección 9.2</b>	<b>Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura</b>
--------------------	---

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
  - En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
  - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

<b>Términos legales</b>
Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una <b>“apelación rápida”</b> . Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (En la Sección 9.3 a continuación, se indica cómo puede solicitar una apelación rápida).
El aviso escrito se denomina <b>“Aviso de no cobertura de Medicare”</b> .

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

- Se les pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso. (En la Sección 5.2 se le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).

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

- Firmar el aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan en que es momento de dejar de recibir la atención.

**Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros médicos, una organización del gobierno que ofrece 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 y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

**Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápido.**

***¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?***

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

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

### *¿Qué debe pedir?*

- Pídale a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

### *Su plazo para comunicarse con esta organización.*

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

## **Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

### *¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

## **Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**

### *¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?*

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

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

### ¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención**.

### **Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Esta primera apelación que presenta constituye el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 9.4</b>	<b>Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo</b>
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones comprende los pasos que se indican a continuación:

### **Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

### **Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

**Paso 3: en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán al respecto.**

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

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

*¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?*

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

**Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 9.5</b>	<b>¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

**Puede presentar una apelación ante nosotros**

Como se explica anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

**Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa***

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

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

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ <b>apelación acelerada</b> ”.

### **Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

### **Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.**

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

### **Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

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

### **Paso 4:** si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

### **Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa**

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que tomamos.

#### **Términos legales**

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

### **Paso 1:** enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso para presentar quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

### **Paso 2:** la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le

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

corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
  - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

### **Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 10      Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá**

### **Sección 10.1      Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médicos sobre los que ha apelado cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

<b>Apelación de Nivel 3</b>	<b>Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal</b> revisarán su apelación y le darán una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si el juez administrativo o mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.

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

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médicos cumple el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

### Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** Un juez (llamado juez administrativo) o mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**

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

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes



**Si su problema tiene que ver con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.**

### Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

**Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”**

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?</li> </ul>

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

Queja	Ejemplo
<p><b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?</li> <li>• ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en el Departamento de Servicios para Miembros?</li> <li>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?</li> </ul>
<p><b>Tiempos de espera</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?</li> <li>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Limpieza</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?</li> </ul>
<p><b>Información que obtiene de nosotros</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle?</li> <li>• ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?</li> </ul>

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

Queja	Ejemplo
<p><b>Oportunidad</b> (Estos tipos de quejas se relacionan con <i>lo oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.</li> </ul>

### Sección 11.2

**El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”**

#### Términos legales

- En esta sección, una “**queja**” también se denomina “**reclamo**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**interponer un reclamo**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para interponer un reclamo**”.

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 11.3 Paso a paso: presentación de una queja****Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, el Departamento de Servicios para Miembros se lo indicará. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 844-221-7736, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Para TTY, comuníquese al 711 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede enviar su queja dentro de los 60 días del hecho o incidente por escrito a Bright Health Medicare Advantage - Appeals & Grievances, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943. También nos puede enviar su queja por fax al 1-800-894-7742. Usted o alguien que usted nombre (por ejemplo, un pariente, amigo, abogado, defensor, médico o cualquier otra persona que actúe en su nombre) pueden presentar una queja. La persona que usted nombre será su “Representante autorizado”. Para saber cómo nombrar a su representante, puede llamar al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.
- Debemos atender su queja tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de que se reciba. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es conveniente para usted. Si extendemos el plazo para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si su queja se refiere a la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar ese reclamo por discriminación llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o escribiéndonos a la siguiente dirección: Bright Health, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”.** Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

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

### Términos legales

En esta sección, una “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo acelerado**”.

### **Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.**

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

### **Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad**

Puede realizar una queja sobre la calidad de atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
  - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja**

Puede presentar una queja sobre Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

**PROBLEMAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE MEDICAID****SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre los beneficios de  
Medicaid**

Si le hemos negado la cobertura de un servicio según su plan Medicare Advantage, es posible que aún tenga cobertura según los beneficios de Medicaid de su estado.

Para obtener más información, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Medicaid o comuníquese con la Oficina de Administración de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. La información de contacto de Medicaid de Nueva York se encuentra en el Capítulo 2 de esta Evidencia de cobertura.

Como miembro de este plan, es posible que algunos de los servicios de su plan también estén cubiertos por Medicaid. Si cree que le hemos negado indebidamente un servicio o el pago de un servicio, también puede tener derecho a apelar esta decisión ante Medicaid.

Puede hacerlo presentando una solicitud de audiencia justa, comunicándose con la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad del Estado de Nueva York al 1-800-342-3334 (llamada gratuita). También puede solicitar una audiencia escribiendo a Office of Temporary and Disability Assistance, Office of Administrative Hearings, PO BOX 1930, Albany, N.Y. 12201-1930 o enviando su solicitud por fax al 518-473-6735.

# CAPÍTULO 10

*Finalización de su membresía  
en el plan*

## **Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>249</b>
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan.....	249
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>249</b>
Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.....	249
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual ...	250
Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	251
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	252
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? .....	253
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>254</b>
Sección 3.1	En general, usted finaliza su membresía cuando se inscribe en otro plan.....	254
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....</b>	<b>255</b>
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan.....	255
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones .....</b>	<b>256</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?.....	256
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud .....	257
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan .....	257

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

Finalizar su membresía en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede finalizar su membresía en el plan. En la Sección 2, se describen los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que está eligiendo. En la Sección 3 se describe *cómo* puede finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?**

---

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

<b>Sección 2.1</b>	<b>Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid</b>
--------------------	---

La mayoría de las personas con Medicare puede finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo

**Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**

---

- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiarse a otro plan. No puede utilizar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. En la Sección 2.2 se brinda más información acerca del Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare).

Comuníquese con la Oficina de Medicaid en su estado para obtener información sobre opciones de planes de Medicaid (en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual</b>
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos, y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período va del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?**

Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, 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 cubra medicamentos con receta).
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

**Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus**

**medicamentos con receta:** si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage</b>
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también

puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

<b>Sección 2.4</b>	<b>En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial</b>
--------------------	--

En ciertas situaciones, puede ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si rompemos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
  - Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

**Nota: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 se proporcionan más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.**

- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. 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 cubra medicamentos con receta).
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

**Nota:** en las Secciones 2.1 y 2.2 se brinda más información acerca del Período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

<b>Sección 2.5</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?</b>
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual Medicare y usted 2021 (*Medicare & You 2021*).
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual Medicare y usted (*Medicare & You*) cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

### Sección 3.1 En general, usted finaliza su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si quiere cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que cancelen su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a uno de los siguientes:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

**Si desea cambiar de nuestro plan a uno de los siguientes:**

**Esto es lo que debe hacer:**

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
  - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
  - Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).
- También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Su inscripción en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Nueva York, comuníquese con el Departamento de Salud de Nueva York al 1-800-541-2831, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m.

Pregunte cómo el inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectan la forma en que recibe la cobertura del Departamento de Salud de Nueva York.

---

## **SECCIÓN 4      Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

<b>Sección 4.1      Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan</b>
---

Si deja Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.

- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan, por lo general, cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

---

## **SECCIÓN 5      Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1      ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?</b>
--

**Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguno de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se establece en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas elegibles tanto para Medicare como Medicaid. Debemos darle aviso por escrito de que tiene un período de gracia de seis meses para volver a ser elegible antes de que se cancele su inscripción. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el período de gracia y cómo este puede afectar sus costos en virtud de este plan.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante tres meses.
  - Debemos avisarle por escrito que tiene tres meses para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

### **¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios para Miembros** para obtener más información (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono).

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u></b>
--------------------	---

*Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)* no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

### **¿Qué debe hacer si sucede esto?**

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la 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 durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha finalización. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

# CAPÍTULO 11

*Avisos legales*

## **Capítulo 11. Avisos legales**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Aviso sobre leyes vigentes .....</b>	<b>260</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Aviso sobre no discriminación .....</b>	<b>260</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....</b>	<b>260</b>

---

## **SECCIÓN 1      Aviso sobre leyes vigentes**

---

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

---

## **SECCIÓN 2      Aviso sobre no discriminación**

---

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto se encuentran impresos los números de teléfono). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

---

## **SECCIÓN 3      Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

# CAPÍTULO 12

*Definiciones de palabras importantes*

## **Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

**Área de servicio:** un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y que (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

**Autorización previa:** es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Auxiliar de atención de la salud a domicilio:** un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios recetados). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

**Centro de atención de enfermería especializada (SNF):** servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF):** un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que ofrece distintos servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, fisioterapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y por los cuales se prevé que su estadía en el centro asistencial sea de menos de 24 horas.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que la Parte A o la Parte B de Medicare no cubren.

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede que pague \$10 o \$20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

**Coseguro:** un monto que es posible que deba pagar como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de que pague los deducibles. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

**Costo compartido:** se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específicos, o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específicos. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

**Costo compartido diario:** es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan abarca 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

**Costo de suministro:** un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de “costo compartido” arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesionales; por ejemplo, ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realiza por sí misma, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Deducible:** es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Departamento de Servicios para Miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros, consulte el Capítulo 2.

**Determinación de cobertura:** una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Determinación integrada de la organización:** el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Dispositivos ortésicos y protésicos:** estos son los dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agravan rápidamente.

**Equipo médico duradero (DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetados por un proveedor para usar en el hogar.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajos por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Etapa de cobertura inicial:** esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen los \$4,130.

**Evidencia de cobertura (EOC) e Información sobre la divulgación:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

**Farmacia de la red:** farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

**Hospicio:** un miembro con una expectativa de vida de seis meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

**Hospitalización:** es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

**Indicación médicamente aceptada:** un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI):** es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

**Límite de cobertura inicial:** el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Límites de cantidad:** una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

**Medicaid (o asistencia médica):** un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Médicamente necesario:** significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.

**Medicamento de marca:** medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

**Medicamento genérico:** un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y suele ser más económico.

**Medicamentos cubiertos:** es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que nuestro plan cubre.

**Medicamentos de la Parte D:** son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

**Medicare:** el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan Medicare Cost, un plan de Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) o un plan Medicare Advantage.

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”):** una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA):** si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos al IRS dos años atrás, está por encima de cierto monto, usted pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ve afectada, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

**Monto máximo que paga de su bolsillo:** es el monto que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Nota: debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este máximo que paga de su bolsillo). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda adicional, puede que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se queda sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D durante 63 días consecutivos o más.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare con “pago por servicio”):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

**Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D:** es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

**Período de beneficios:** la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** un tiempo establecido cada año, cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage va del 1 de enero al 31 de marzo, y también está disponible durante un período de tres meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

**Período de inscripción inicial:** el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el 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 termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

**Persona con doble elegibilidad:** una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

**Plan de necesidades especiales:** un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de necesidades especiales (SNP) institucional:** un plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de atención a largo plazo pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR); o centros psiquiátricos para pacientes internados. Para que un plan institucional de necesidades especiales brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de atención a largo plazo, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

**Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente:** un plan de necesidades especiales institucional en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

**Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO):** un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO), Organización de proveedores preferidos (PPO), un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (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 (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todo el que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare es elegible para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

**Plan Medicare Cost:** un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

**Plan PACE:** un plan del Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas débiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

**Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare):** el seguro complementario de Medicare vendido por empresas de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare:** un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quienes usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

**Queja:** el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

**Reclamo integrado:** tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

**Red:** constituida por los médicos y otros profesionales de la atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros prestar servicios cubiertos a nuestros miembros y aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

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

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia:** los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas, que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

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

**Tratamiento escalonado:** herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

**Departamento de Servicios para Miembros de Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)**

<b>Método</b>	<b>Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-844-221-7736 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
<b>FAX</b>	1-800-325-8115
<b>CORREO POSTAL</b>	Bright Health Medicare Advantage Member Services P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>

***Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York***

El *Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York* es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

<b>Método</b>	<b>Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York: información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-701-0501
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov/HealthBenefits/">www.aging.ny.gov/HealthBenefits/</a>

***Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA)*** De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.