1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Bright Advantage Assist (HMO)

Este manual le proporciona detalles acerca de su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, Bright Advantage Assist (HMO), es ofrecido por Bright Health. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se dice "nosotros", "nos" o "nuestro" se refiere a Bright Health. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Bright Advantage Assist (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en chino y español.

Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al (844) 221-7736 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre.

Este documento está disponible en formatos alternativos, como braille, letras grandes o audio.

Los beneficios, las primas, el deducible y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

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

Y0127_ H2288005_EOC_2021_C
MA21_100625_01
Aprobación de la OMB 0938-1051

Evidencia de cobertura 2021
Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, diríjase a la primera página de un capítulo. Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Le informa acerca de los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y mantener su registro de membresía actualizado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 22

Le indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Bright Advantage Assist (HMO)) y con otras organizaciones, que incluyen Medicare, el Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos 42

Explica las cosas importantes que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) ... 57

Proporciona los detalles acerca de los tipos de atención médica que están cubiertos y no cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica la cantidad que pagará como su parte del costo de su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 104

Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Le informa cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos no están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Le informa acerca de los programas del plan para la seguridad y el manejo de los medicamentos manejo de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D..... 128

Le informa acerca de las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos *(Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de vacío de cobertura, Etapa de cobertura catastrófica)* y cómo estas etapas afectan lo que paga por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 148

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades..... 156

Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Le indica qué puede hacer si considera que no se han respetado sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 168

Le indica paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o preocupaciones como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, y solicitarnos que mantengamos la cobertura de la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan 224

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales..... 233

Incluye avisos sobre la ley vigente y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes..... 236

Explica los términos clave que se utilizan en este manual.

CAPÍTULO 1

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6
Sección 1.1 Usted está inscrito en Bright Advantage Assist (HMO), que es un plan HMO de Medicare 6
Sección 1.2 ¿De qué trata el manual *Evidencia de cobertura*? 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 6

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan? 7
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 7
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 7
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Bright Advantage Assist (HMO) 7
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal 8

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 8
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención y medicamentos recetados cubiertos 8
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: su guía para todos los proveedores de la red del plan 9
Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: su guía para las farmacias de nuestra red 10
Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan 10
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 10

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Bright Advantage Assist (HMO) 11
Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan? 11

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 12
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 12
Sección 5.2 ¿Cuánto es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 12
Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa 13
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D? 14

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 14
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 14
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 15
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 15
Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D? 15

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 15
Sección 7.1 Hay varias maneras en las que puede pagar su prima del plan..... 16
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 17

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 18
Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted 18

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 19
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida..... 19

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 19
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?..... 19

SECCIÓN 1 Introducción

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

Usted está cubierto por Medicare, y ha elegido obtener su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Bright Advantage Assist (HMO).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Bright Advantage Assist (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization]). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de salud que califica (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este manual *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y medicamentos recetados de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios y medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Bright Advantage Assist (HMO).

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le animamos a apartar un poco de tiempo para revisar este manual *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Bright Advantage Assist (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre los cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones algunas veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Bright Advantage Assist (HMO) entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Bright Advantage Assist (HMO) después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, o por ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Bright Advantage Assist (HMO) cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa acerca de la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- *y* -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- -- *y* -- sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga presencia legal en los Estados Unidos

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

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios proporcionados por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios del médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [durable medical equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Bright Advantage Assist (HMO)

A pesar de que Medicare es un programa federal, Bright Advantage Assist (HMO) está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en:

- New York: Kings, New York y Queens

Ofrecemos cobertura en varios Estados. Sin embargo, es posible que haya diferencias de costo o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada Estado. Si se muda fuera del estado y se encuentra en un estado que aún se encuentra dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios al Miembro para actualizar su información. Si se muda a un estado fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios al Miembro para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado.

Si planea mudarse fuera de nuestra área de servicio, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al 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.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los EE. UU. o estar presente legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Bright Advantage Assist (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de esta manera. Bright Advantage Assist (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención y medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí hay una muestra de la tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Bright Advantage Assist (HMO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que muestre su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios en un centro de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación de rutina.

Esta es la razón por la que esto es tan importante: Si usted recibe servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Bright Advantage Assist (HMO) mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

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

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

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y vendedores está disponible en nuestro sitio web en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage.

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

Es importante que sepa qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para recibir sus servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Bright Advantage Assist (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 *(Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos)* para obtener información más específica sobre cobertura en emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Puede solicitar a Servicios al Miembro más información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el Directorio de Proveedores en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage, o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

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

¿Qué son las "farmacias de la red"?

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

¿Por qué necesita saber acerca de las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web, en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Por favor, revise el Directorio de farmacias 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene su copia del *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web pueden brindarle la
información más actualizada sobre los cambios en las farmacias de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Indica cuáles medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Bright Advantage Assist (HMO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Bright Advantage Assist (HMO).

La lista de medicamentos también le indica si hay alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (https://brighthealthplan.com/provider-finder/MA) o llamar a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted u otros en su nombre han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, como aumentos en el precio, y sobre otros medicamentos con un costo compartido más bajo que podrían estar disponibles. Debe consultar a la persona que le receta acerca de estas opciones de costo más bajo. El Capítulo 6 *(Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* brinda más información sobre la Explicación de beneficios de la Parte D y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible a solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Bright Advantage Assist (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2021, la prima mensual para Bright Advantage Assist (HMO) es $42.30. Además, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado. La Sección 7 del Capítulo 2 le informa más sobre estos programas. Si usted califica, inscribirse en el programa podría disminuir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* podría no aplicar a usted**. Le enviamos un inserto separado, denominado la “Cláusula de evidencia de cobertura para las personas que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula de subsidio para personas de bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”) que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios al Miembro y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

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

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía de la Parte D** debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque pasaron un período continuo de 63 días o más en que no tuvieron cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, al menos, tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de su prima será el de la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

- Algunos miembros podrían tener que pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, porque, hace 2 años, tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de determinada cantidad, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar una cantidad de prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica el IRMAA más en profundidad.

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

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

Nota: Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Usted puede adeudar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos en los que no tuvo cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable. (“Cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D o acreditable. Usted tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Bright Advantage Assist (HMO), le informamos el monto de la multa. La multa por inscripción tardía de la Parte D se considera su prima del plan. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados, por no pagar su prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura de medicamentos recetados acreditable si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes en que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior. Para 2021, este monto promedio de la prima es $33.06.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego lo redondea a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo de aquí sería 14 % por $33.06, lo que equivale a $4.63. Esto se redondea a $4.60. Este monto se agregaría **a la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año,** debido a que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** cada mes durante el tiempo en que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por vejez en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Incluso si usted se ha retrasado al inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

- Si ya tiene cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare la denomina **“cobertura de medicamentos acreditable”.** Tenga en cuenta:
    - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o incluirla en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
        - Tenga en cuenta: Si usted recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados sea acreditable. El aviso debe indicar que usted tenía una

cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se esperaba que pagara tanto como lo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare paga.

- Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos recetados acreditables: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento de medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Si usted estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella por menos de 63 días consecutivos.
- Si usted está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Si usted estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

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

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de determinada cantidad, tendrá que pagar la prima estándar 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 tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de la Administración de Personal, independientemente de cómo pague por lo general la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es

suficiente para cubrir el monto adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. Este no se puede pagar con su prima mensual del plan.**

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado (modified adjusted gross income, MAGI) según lo informado en su declaración de impuestos del IRS está por encima de cierta cantidad, usted pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar con base en sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

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

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a su ingreso, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si está obligado por ley a pagar el monto adicional y no lo paga, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin primas) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si está obligado a pagar el monto adicional y no lo paga, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional y cómo pagarlo.

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

Su copia de *Medicare y usted 2021* proporciona información acerca de las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare para 2021". Explica cómo las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son diferentes para las personas con ingresos diferentes. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en el otoño. Las personas nuevas en Medicare lo reciben en el término de un mes después de registrarse. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Hay varias maneras en las que puede pagar su prima del plan

Hay tres maneras de pagar su prima del plan. Le enviaremos una factura mensual por su prima del plan, combinada con la multa por inscripción tardía de la Parte D (si corresponde). Haga su pago pagadero a Bright Health. Consulte su factura para ver la dirección de correo postal y otra información. Incluya su número de identificación de miembro en su cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir en o antes de la fecha de vencimiento que figura en la factura mensual. Si necesita que se reemplace su factura mensual, llame a con Servicios al Miembro. (Puede encontrar nuestro número de teléfono en la contraportada de este manual).

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

Opción 1: Usted puede pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual por su prima mensual combinada con el pago por inscripción tardía de la Parte D (si corresponde). Haga su pago pagadero a Bright Health. Por favor, consulte su factura para ver la dirección postal y otra información. Incluya su número de identificación de miembro en su cheque o giro bancario. Todos los pagos se deben recibir en o antes de la fecha de vencimiento que se muestra en la factura mensual. Si necesita que se reemplace su factura mensual, llame a Servicios al Miembro. (Puede encontrar nuestro número de teléfono en la contraportada de este manual).

Opción 2: Deducción automática de su cuenta bancaria (ACH)

Puede hacer que su prima mensual del plan, que incluye la multa por inscripción tardía de la Parte D (si corresponde), se debite de su cuenta bancaria. Para hacer esto, debe completar un formulario de opción de pago de la prima. Puede obtener un formulario si ingresa a https://brighthealthplan.com/medicare-advantage o comunicándose con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Una vez que haya completado el formulario, devuélvalo a Bright Health.

Las deducciones automáticas se producirán el día 20 de cada mes. Si el 20 cae un día festivo o fin de semana, la deducción ocurrirá el siguiente día hábil después del 20.

Opción 3: Usted puede deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios al Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan de esta manera. Nos complacerá ayudarlo con esto. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

Su prima del plan vence en nuestra oficina el primer día del mes. Si no hemos recibido el pago de su prima del plan antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan finalizará si no recibimos su prima del plan en un plazo de 3 meses. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para conservar su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan a tiempo, comuníquese con Servicios al Miembro para ver si podemos derivarlo a programas que le ayudarán con su prima del plan. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

Si finalizamos su membresía debido a que usted no pagó su prima del plan, tendrá cobertura de salud bajo Original Medicare.

Si finalizamos su membresía en el plan debido a que no pagó su prima del plan, entonces no podrá recibir cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados independiente o en un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si no tiene cobertura de medicamentos “acreditable” por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que finalicemos su membresía, es posible que aún nos deba las primas que no haya pagado. Tenemos el derecho de buscar la recaudación del monto de la multa que adeuda. En el futuro, si desea inscribirse de nuevo en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos), deberá pagar la cantidad que adeuda antes de inscribirse.

Si considera que hemos cancelado su membresía erróneamente, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión al presentar una queja. El Capítulo 9, Sección 10 de este manual le informa cómo presentar una queja. Si usted tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y que causó que no pudiera pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al (844) 221-7736 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Usted debe hacer su solicitud a más tardar de 60 días después de la fecha en que finalice su membresía.

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

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro califica para la "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos recetados, el programa "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la totalidad de su prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa "Ayuda adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, empleador de su cónyuge, Compensación de Trabajadores o Medicaid).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos de un accidente automovilístico.
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia.
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si alguna de esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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 cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura médica o de seguro de medicamentos que usted tenga. Eso es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 en este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea atentamente esta información. Si es correcto, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, vaya al Capítulo 8, Sección 1.3 de este manual.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud del grupo del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama el “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga el segundo, llamado el “pagador secundario”, solo paga si hay costos descubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario no puede pagar todos los costos descubiertos.

Estas reglas se aplican para la cobertura del plan de salud del empleador o del grupo sindical:

- Si tiene cobertura para 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 la familia, quien paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
    - Si usted es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o su familiar todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
    - Si usted tiene más de 65 años, o usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis (pulmón negro)
- Compensación a Trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud del grupo de empleadores y/o Medigap hayan pagado.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar su otra información de seguro, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Es posible que deba dar el número de identificación de miembro de su plan a sus otras aseguradoras (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

SECCIÓN 1 **Contactos de Bright Advantage Assist (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro en el plan) 23**

SECCIÓN 2 **Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 30**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 32**

SECCIÓN 4 **Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para evaluar la calidad de la atención para las personas con Medicare) 33**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 34**

SECCIÓN 6 **Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que ayuda con costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados) 35**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 36**

SECCIÓN 8 **Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria 39**

SECCIÓN 9 **¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 40**

SECCIÓN 1 Contactos de Bright Advantage Assist (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro en el plan)

Cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembros, llame o escriba a Servicios al Miembro de Bright Advantage Assist (HMO). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicios al Miembro: Información de contacto
LLAME	(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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de intérprete de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre
FAX	1-800-325-8115
ESCRIBA	Bright Health Medicare Advantage Member Services P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
SITIO WEB	https://brighthealthplan.com/medicare-advantage

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre su atención médica

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

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: Información de contacto
LLAME	(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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre
TTY	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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre
FAX	1-800-894-7742
ESCRIBA	Bright Health Attn: Clinical Programs Delivery 777 NW Blue Parkway Suite 3350 Lee's Summit, MO 64086

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su atención médica

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

Método	Apelaciones por atención médica: Información de contacto
LLAME	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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre
TTY	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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre
FAX	1-800-894-7742
ESCRIBA	Bright Health Medicare Advantage Appeals & Grievances P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. (Si tiene un problema relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe buscar en la sección de arriba la información sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Quejas sobre atención médica: Información de contacto
LLAME	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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre
TTY	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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre
FAX	1-800-894-7742
ESCRIBA	Bright Health Medicare Advantage Appeals & Grievances P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Bright Advantage Assist (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME	1-833-665-5346 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día
FAX	877-503-7231
ESCRIBA	Elixir Solutions Attn: Bright Health - Part D Coverage Determinations 2181 E. Aurora Rd, Suite 201 Twinsburg, OH 44087 Teléfono: 833-665-5346
SITIO WEB	brighthealthplan.com/medicare-advantage

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME	1-833-665-5346 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día
FAX	877-503-7231
ESCRIBA	Elixir Solutions Attn: Bright Health - Part D Appeals 2181 E. Aurora Rd. Suite 201 Twinsburg, OH 44087 Teléfono: 833-665-5346
SITIO WEB	https://brighthealthplan.com/medicare-advantage

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe buscar en la sección de arriba la información sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME	1-833-665-5346 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, las 24 horas del día
FAX	877-503-7231
ESCRIBA	Elixir Solutions Attn: Bright Health - Part D Grievances 2181 E Aurora Rd., Suite 201 Twinsburg, Ohio 44087
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Bright Advantage Assist (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare en línea, ingrese a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

A dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibió

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

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

Método	Solicitud de pago: Información de contacto
ESCRIBA	**Reclamos médicos:** Bright Health Medicare Advantage Claims Operations P.O. Box 853960 Richardson, TX 75085-3960 **Reclamos de la Parte D:** Elixir Solutions Attn: DMR Department 2181 E. Aurora Rd Suite 201 Twinsburg, OH 44087 Teléfono: 833-665-5346
SITIO WEB	https://brighthealthplan.com/medicare-advantage

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar e instalaciones de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de los costos de desembolso directo en los distintos planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Bright Advantage Assist (HMO): • **Informe a Medicare acerca de su queja:** Puede presentar una queja sobre Bright Advantage Assist (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad puede ayudarle a visitar este sitio web utilizando su computadora. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En New York, el SHIP se llama programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros Médicos de New York (Health Insurance Information, Counseling and Assistance, HIICAP).

El programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros Médicos de New York (HIICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento de seguro médico local gratuito a personas con Medicare.

Los consejeros del Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros Médicos de New York (HIICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros Médicos de New York (HIICAP) también pueden ayudarlo a comprender las opciones de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros Médicos de New York (HIICAP): Información de contacto
LLAME	1-800-701-0501
TTY	711
ESCRIBA	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, Albany, New York 12223-1251
SITIO WEB	aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para evaluar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada para servir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para New York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de New York).

Livanta, la Organización para la Mejora de la Calidad de New York tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que son pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta, la Organización para la Mejora de la Calidad de New York es una organización independiente. No está conectado con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta, la Organización para la Mejora de la Calidad de New York, en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para su atención médica en el hogar, la atención especializada en centros de enfermería o los servicios del Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) está terminando demasiado pronto.

Método	Livanta, Organización para la Mejora de la Calidad de New York: Información de contacto
LLAME	1-866-815-5440 Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días festivos: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción de Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos bajaron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

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

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y llevar a cabo algunos negocios las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa federal y estatal conjunto que ayuda con costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que ayuda con costos médicos para determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud de New York.

Método	Departamento de Salud de New York: Información de contacto
LLAME	1-800-541-2831 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m.
TTY	711
ESCRIBA	New York State Department of Health Corning Tower, Empire State Plaza Albany, NY 12237
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda adicional” para pagar los costos de medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y existencias, pero no su casa o automóvil. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de recetas de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus costos de desembolso directo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para “Ayuda adicional”. Algunas personas califican automáticamente para “Ayuda adicional” y no necesitan solicitarlo. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para “Ayuda adicional”.

Es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para ver si califica para obtener “Ayuda adicional”, llame al:

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

Si usted cree que ha calificado para “Ayuda adicional” y cree que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando recibe su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado, o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Para obtener ayuda con la mejor evidencia disponible, llame a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, le reembolsaremos. O bien le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o compensaremos futuros copagos. Si la farmacia no ha cobrado un copago de usted y está llevando su copago como una deuda adeudada por usted, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Programa de Descuentos para el Vacío de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento para el Vacío de Cobertura de Medicare proporciona descuentos del fabricante en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa de vacío de cobertura y no están recibiendo “Ayuda adicional”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 70 % proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho por los costos en la etapa de vacío

de cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tasa de despacho de los medicamentos de marca.

Si alcanza la etapa de vacío de cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento proporcionado. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante cuentan para los costos de desembolso directo como si los hubiera pagado y le ayuda a pasar la etapa de vacío de cobertura. El importe pagado por el plan (5 %) no cuenta para sus costos de desembolso directo.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza la etapa de vacío de cobertura, el plan paga el 75 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25 % restante del precio. Para medicamentos genéricos, el importe pagado por el plan (75 %) no cuenta para sus costos de desembolso directo. Solo el monto que usted paga cuenta y contribuye a que pase a través de la etapa de vacío de cobertura. Además, la tarifa de despacho se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuentos para el Vacío de Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que Bright Advantage Assist (HMO) ofrece cobertura adicional durante la etapa de vacío de cobertura, sus costos de desembolso directo a veces serán menores que los costos descritos aquí. Vaya al Capítulo 6, Sección 6, para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de vacío de cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos para el Vacío de Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Si usted está inscrito en un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), o cualquier otro programa que proporcione cobertura de medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda Adicional”), aún obtiene el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de medicamentos de marca en la etapa de vacío de cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de la cobertura del SPAP o cualquier otra.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido por receta de los HIV Uninsured Care Programs (Programas de Atención para VIH para Personas con Seguro Insuficiente). Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen la prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y estatus de no asegurado o subasegurado.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia con el costo compartido de medicamentos de la Parte D de Medicare para medicamentos en el formulario del ADAP.

Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local del ADAP cualquier cambio en el nombre o el número de póliza de su 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 HIV Uninsured Care Programs.

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

Método	HIV Uninsured Care Programs
LLAME	1-800-542-2437 (dentro del estado) 518-459-1641(fuera del estado) De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.
TTY	711
ESCRIBA	HIV Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220
SITIO WEB	www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

¿Qué sucede si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la etapa de vacío de cobertura.

¿Qué pasa si no obtiene un descuento, y cree que debería haberlo recibido?

Si cree que ha alcanzado la etapa de vacío de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próxima *Explicación de beneficios* de la Parte D (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en la *Explicación de beneficios* de la Parte D, debe ponerse en contacto con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico) (los números de teléfono figuran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado que ayudan a las personas a pagar por los medicamentos recetados con base en su necesidad financiera, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para proporcionar cobertura a sus miembros.

En New York, el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado es el programa Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores del Estado de New York (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC).

Método	Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico del Estado (EPIC)
LLAME	1-800-332-3742
TTY	711
ESCRIBA	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212
SITIO WEB	www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

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

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria: Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si marca “0”, puede hablar con un representante de la 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 marca “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

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

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan 44

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 44

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan 44

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 45

Sección 2.1 Usted puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su atención médica 45

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP? 46

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red 46

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 47

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre 48

Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica 48

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios 49

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre 50

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 50

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 50

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total 50

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un "estudio de investigación cínica"? 51

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 51

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 52

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa no médica de cuidado de la salud" 53

Sección 6.1 Recibir atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud 53

Sección 6.2 ¿Qué atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud está cubierta por nuestro plan? 53

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero 54

Sección 7.1 ¿Es usted el propietario del equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan? 54

SECCIÓN 8 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 54
Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 54
Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará este después de 36 meses?..... 55
Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja nuestro plan y regresa a Original Medicare?..... 55

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener su cobertura de atención médica. Da definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 *(Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga).*

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo obtiene la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **Los “proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para proporcionar 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 atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando ve a un proveedor de red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen todos los servicios de atención médica, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Bright Advantage Assist (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Bright Advantage Assist (HMO) generalmente cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que recibe esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (esta tabla figura en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que recibe se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumple con los estándares de práctica médica.

- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
  - No se necesitan referencias de su PCP para atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no está cubierta. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto, y para saber qué significa atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare exige que su plan cubra y los proveedores en nuestra red no pueden proporcionar esa atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener una autorización previa antes de buscar atención que no sea de emergencia y que no sea de urgencia de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si obtiene la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir una aprobación para ver médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis de urgencia que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Usted puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su atención médica

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

- ¿Qué es un PCP?
  Los proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP) son proveedores dentro de la red que le ayudarán a controlar su salud total, independientemente de que esto se relacione con la atención preventiva, la identificación de la causa de un nuevo síntoma o para ayudarle a manejar múltiples afecciones crónicas.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?
  Los PCP pueden ser médicos (médicos con licencia con un título MD o DO), asistentes médicos o profesionales de enfermería (NP, APN, FNP, DNP, APRN) que se especializan en: Medicina Familiar, Medicina Interna, Geriatría, Pediatría o Medicina General.

- ¿Cuál es el papel de mi PCP?
  Un PCP es su primer contacto para casi todas las necesidades médicas y de atención médica. Estos proveedores le ayudarán con la atención, educación, tratamiento y apoyo para mantener su salud óptima, independientemente de cualquier afección previa. Su PCP es su defensor de la salud, que trabaja en estrecha colaboración con usted para ayudarle a alcanzar sus metas de atención médica.

No necesita una referencia de su PCP para ver a otro proveedor dentro de la red; sin embargo, le recomendamos encarecidamente que trabaje con su PCP antes de elegir un especialista o buscar otra atención. Para los servicios que requieren una autorización, su PCP puede ayudarlo en ese proceso.

¿Cómo elige su PCP?

Es importante que se tome el tiempo para seleccionar cuidadosamente su PCP, ya que esta 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.

Para obtener ayuda para identificar y seleccionar un PCP, visite nuestro sitio web en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage o llame al número de Servicios al Miembro que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

Cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar nuestra red de proveedores del plan, y usted tenga que encontrar un nuevo PCP en nuestro plan.

Puede cambiar su PCP visitando nuestro sitio web en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage para encontrar un nuevo PCP y luego llamando al número de Servicios al Miembro que figura al dorso de su tarjeta de identificación para solicitar un cambio de PCP. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro también están impresos en la contraportada de este manual). Su nueva asignación de PCP entrará en vigor inmediatamente después de recibir su solicitud.

Cambiar su PCP puede resultar en que esté limitado a especialistas y/u hospitales específicos a los que se refiere ese PCP (es decir, subred, especialistas, laboratorios, radiología, etc.)

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP?

Bright Health no requiere una derivación de su PCP para atención médica.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

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

Ciertos servicios proporcionados por un especialista pueden requerir autorización previa. Usted, su PCP o su especialista pueden solicitar autorización previa en caso de que sea necesario. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, de este manual para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de especialidad dentro de la red de su PCP, visite nuestro sitio web en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage, o llame al número de Servicios al Miembro que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandonan nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista dejan su 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 requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurarlo, 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 adecuadamente, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista están dejando su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Para obtener más ayuda, llame al (844) 221-7736, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre TTY: 711.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Cualquier atención fuera de la red que no se considere una emergencia o atención que no sea de urgencia no estará cubierta sin una autorización previa. Para obtener una autorización previa, usted o su médico pueden comunicarse con Servicios al Miembro para recibir asistencia.

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

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

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si tiene una?

Una **"emergencia médica"** se da cuando usted o cualquier otra persona prudente y sin autoridad en la materia, con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. No necesita obtener la aprobación o una derivación primero de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan ha sido informado sobre su emergencia.** Tenemos que hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. Llame al (844) 221-7736, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

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

Usted tiene cobertura de emergencia en todo el mundo. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando atención de emergencia para ayudar a manejar y hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le están dando atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez finalizada la emergencia, tiene derecho a atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar con proveedores de la red para que se ocupen de la atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo.

Si resulta que no fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si recibe la atención de una de estas dos maneras:

- Usted va a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- *O bien,* la atención adicional que recibe se considera "servicios necesarios de urgencia" y usted sigue las reglas para obtener estos servicios necesarios de urgencia (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 abajo).

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los "servicios necesarios de urgencia"?

Los "servicios necesarios de urgencia" son servicios que se proporcionan para una enfermedad, lesión o afección que no sea de emergencia, imprevista, que requiera atención médica de inmediato. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tiene.

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Usted siempre debe intentar obtener servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o están inaccesibles, y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener ayuda para localizar el Centro de atención de urgencias de la red más cercano, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si está <u>fuera</u> del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

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

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: usted tiene un copago de $90 y cobertura anual para hasta $50,000 para atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted será responsable de pagar por los servicios por adelantado. Debe presentar una solicitud de reembolso a Bright Health. Para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 7.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: https://brighthealthplan.com/medicare-advantage/resource/faq para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al compartir costos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

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

Si ha pagado más de su parte por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total

Bright Advantage Assist (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, estos servicios se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este manual) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos del plan, se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos por cualquier servicio médico o atención que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* contiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nosotros o desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo de los servicios no cubiertos que exceden una limitación de beneficios no cuenta para el máximo de desembolso

directo para su plan. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el máximo de desembolso directo de su plan). Puede llamar a Servicios al Miembro cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un "estudio de investigación cínica"?

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado "ensayo clínico") es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como lo bien que funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos pidiendo voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare primero debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare no ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están ejecutando el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio *y* tenga una comprensión y aceptación plena de lo que está involucrado si participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener la aprobación de nosotros o de su PCP. Los proveedores que prestan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para hacerles saber que participará en un ensayo clínico y para averiguar detalles más específicos sobre que pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen:

- Habitación y alojamiento para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Digamos que usted tiene una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos para esta prueba es de $20 bajo Original Medicare, pero la prueba sería de $10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el examen y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, deberá enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, tendrá que enviarnos una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por cualquiera de los siguientes:**

- En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, incluso si usted *no* estaba en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le ofrece a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría por las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Quiere obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (“Medicare y los estudios de investigación clínica”), en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa no médica de cuidado de la salud"

Sección 6.1 Recibir atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud es un centro que brinda atención a una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud. Usted puede optar por buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención médica no médicos). Medicare solo pagará por los servicios de atención médica no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de cuidado de la salud

Sección 6.2 ¿Qué atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud está cubierta por nuestro plan?

Para recibir atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone de manera consciente a recibir tratamiento médico que es "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención médica o tratamiento que es *voluntario* y *no es necesario* por cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es atención médica o tratamiento que *no* es voluntario o no es *necesario* en virtud de la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La instalación que proporciona la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de servicios que recibe se limita a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en una instalación, se aplican las siguientes condiciones:
    - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria o atención especializada en centros de enfermería.
    - – *y* – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en las instalaciones o su estadía no estará cubierta.

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

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Es usted el propietario del equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones accionados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos elementos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME poseen el equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de Bright Advantage Assist (HMO), sin embargo, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no adquirirá la propiedad sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que hizo por equipos médicos duraderos si cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poseer el artículo. Los pagos que hizo mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para poseer el artículo. No hay excepciones a este caso cuando regrese a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, entonces, mientras esté inscrito, Bright Advantage Assist (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con oxígeno para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipo de oxígeno

Si abandona Bright Advantage Assist (HMO) o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno se debe devolver al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará este después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 20 % del costo total, cada mes.

Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito por 36 meses en Bright Advantage Assist (HMO).

Si antes de inscribirse en Bright Advantage Assist (HMO) usted hizo 36 meses de pago para el alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Bright Advantage Assist (HMO) es el 20 % del costo total.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja nuestro plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, entonces usted comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted pagó alquileres para equipo de oxígeno por 36 meses antes de unirse a Bright Advantage Assist (HMO), se une a Bright Advantage Assist (HMO) por 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

De manera similar, si usted hizo pagos por 36 meses mientras estuvo inscrito en Bright Advantage Assist (HMO) y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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

SECCIÓN 1 Entender los costos de desembolso directo por servicios cubiertos 58

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los servicios cubiertos..... 58

Sección 1.2 ¿Qué es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?..... 58

Sección 1.3 Nuestro plan no permite a los proveedores “facturarle el saldo” 59

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para averiguar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará 59

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 59

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....99

Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones) 99

SECCIÓN 1 Entender los costos de desembolso directo por servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y en lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Bright Advantage Assist (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, debe saber acerca de los tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. **(El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le da más información acerca de sus copagos).**
- El **"coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. **(El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le da más información acerca de su coseguro).**

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que se le pide que pague indebidamente, comuníquese con Servicios al Miembro.

Sección 1.2 ¿Qué es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en cuánto debe pagar de desembolso directo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, de abajo). Este límite se denomina cantidad máxima de desembolso directo por servicios médicos:

Como miembro de Bright Advantage (HMO), lo máximo que usted pagará de desembolso directo fuera de la red por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2021 es $6,500. Los montos que usted paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para esta cantidad máxima de desembolso directo dentro de la red. (Los montos que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para su cantidad máxima de desembolso directo dentro de la red. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de desembolso directo dentro de la red). Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos). Si alcanza la cantidad máxima de desembolso directo de $6,500, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite a los proveedores “facturarle el saldo”

Como miembro de Bright Advantage Assist (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominado “facturación de saldo”. Esta protección (que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del total de cargos), entonces nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que vea:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una referencia).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, entonces usted paga el monto de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una referencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para averiguar lo que está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que Bright Advantage Assist (HMO) cubre y lo que usted paga de desembolso directo por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

- Sus servicios (que incluyen atención, servicios, suministros y equipo médicos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumple con los estándares de práctica médica.

- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que se cubrirán servicios de un proveedor fuera de la red.

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe la aprobación por adelantado (a veces llamada “autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con cursiva.

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan de lo que lo pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual *Medicare y usted 2021*. Véalo en línea en https://www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también es tratado o monitoreado por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago para la atención recibida para la afección médica existente.

- A veces, Medicare agrega cobertura en virtud de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación para esta de su médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo. *Es posible que se requiera autorización previa.*
Acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos por Medicare incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: **Para los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como un dolor que:** • tiene una duración de 12 semanas o más; • no es específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no se asocia con cirugía; y • no se asocia con embarazo. Se cubrirá un adicional de ocho sesiones para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento se deberá discontinuar si el paciente no mejora o tiene un retroceso.	Usted paga $0 de copago o el costo compartido del profesional que corresponda si recibe servicios de un médico de atención primaria o especialista. Consulte “Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico” para obtener detalles. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se requiere autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia	
• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ala fija, ala rotativa y ambulancia terrestre, a la instalación apropiada más cercana que solo puede proporcionar atención si se le proporciona a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.	$195 de copago para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.*
• El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si se documenta que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente requerido.	$225 de copago para cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.*
Examen físico de rutina anual*	
El examen físico de rutina anual incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas ni pruebas diagnósticas. Es posible que se aplique un costo compartido adicional a cualquier prueba de laboratorio o diagnóstico realizada durante su visita, como se describe para cada servicio separado en este Cuadro de beneficios médicos. El examen físico de rutina anual está limitado a uno cada año.	$0 de copago

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Visita de bienestar anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de salud y riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita de bienestar anual. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Densitometría ósea Para individuos calificados (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago o deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca	
Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y consejería están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden médica.	$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se requiera autorización previa.*
El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Visita para reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares)	
Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de aspirina (si es apropiado), controlar la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Prueba de enfermedades cardiovasculares	
Exámenes de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección del cáncer cervical y vaginal	
Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses • Si usted tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (cervical) o vaginal o si está en edad fértil y se ha sometido a una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago o deducible para los exámenes pélvicos y Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Servicios quiroprácticos	
Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación	$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Examen de detección del cáncer colorrectal	
Para las personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT) Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de diagnóstico (o detección con enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección • Servicios preventivos de enema de bario cubiertos por Medicare	No hay coseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.* $0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficios para condiciones específicas	
Los beneficiarios que cumplan los requisitos de participación recibirán un reembolso del costo compartido de hasta $100 por atención relacionada con la diabetes. Requisitos de participación: • Diagnóstico de diabetes válido • Completar al menos una visita a un proveedor de atención primaria o especialista durante el año del plan • Completar al menos una prueba de retinopatía y revisar los resultados con un oftalmólogo durante el año del plan • Completar al menos una prueba A1c durante el año del plan Atención relacionada con la diabetes: • Servicios de especialista de Geriatría, Cardiología, Endocrinología, Nefrología, Oftalmología • Rehabilitación cardíaca • Terapia ocupacional • Podiatría • Fisioterapia y Patología del habla y el lenguaje	Los participantes que califiquen recibirán un reembolso del costo compartido de hasta $100 por el costo compartido de la atención relacionada con la diabetes.
Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:	
Una asignación de hasta $1,500 combinada por año para todos los servicios dentales integrales y preventivos.	
Una asignación para todos los servicios cubiertos dentro la red cada año.	
• **Exámenes orales***	$0 de copago
Limitado a 2 exámenes orales cada año	
• **Profilaxis (Limpieza)***	$0 de copago
Limitado a 2 limpiezas cada año	
• **Radiografías dentales***	$0 de copago
Limitado a 2 radiografías	
• **Tratamiento con flúor***	$0 de copago
Limitado a 1 tratamiento con flúor cada año	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales integrales	
• Servicios que no son de rutina*	50 % de coseguro *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Servicios de diagnóstico*	$0 de copago *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Servicios de restauración*	30 % a 50 % de coseguro, dependiendo del servicio. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Endodoncia*	50 % de coseguro. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Periodoncia*	50 % de coseguro. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Extracciones*	50 % de coseguro. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Prostodoncia, otra cirugía maxilofacial/oral, otros servicios*	50 % de coseguro. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Servicios ilimitados cada año	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Nota: Los servicios DEBEN ser realizados por un dentista del panel Liberty Dental para que sean pagaderos como dentro de la red bajo este programa. Revise el Directorio de proveedores para encontrar un proveedor de Liberty.	
Prueba de detección de depresión	
Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita de detección de depresión anual. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Prueba de detección de la diabetes	
Cubrimos esta detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, es posible que seas elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Capacitación en automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	
Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y monitores.	*Es posible que se necesite autorización previa.*
• Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas plantillas provistas con tales zapatos) y dos pares adicionales de plaquitas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de inserciones (sin incluir las plaquitas extraíbles no personalizadas provistas con tales zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• La capacitación en automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	
(Para ver una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este manual). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas accionados para colchones, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos para generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andaderas. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de vendedores está disponible en nuestro sitio web en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage.	20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia	
La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica se da cuando usted o cualquier otra persona prudente y sin autoridad en la materia, con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios suministrados dentro de la red. Tiene cobertura de emergencia en todo el mundo*. Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios por adelantado. Debe enviar una solicitud de reembolso a Bright Health. Para obtener más información sobre cómo enviar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 7.	$90 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. El copago está exento si usted es admitido en un hospital dentro de las 24 horas. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención esté cubierta o debe recibir su atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. $90 de copago por servicios de emergencia en todo el mundo, hasta un límite de $50,000 por año.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Programas de educación para la salud y el bienestar	
Incluye membresía para el Programa de Envejecimiento Saludable y Ejercicio de Silver&Fit® a través de centros de acondicionamiento físico de la red. Tiene acceso a una de las siguientes opciones: • Membresía a un centro de acondicionamiento físico: Puede ir a un club de acondicionamiento físico Silver&Fit participante o a un centro de ejercicios cercano que participe en el programa, o • Un programa de acondicionamiento físico en el hogar: Puede elegir entre varios kits de acondicionamiento físico en casa si no puede ir a un gimnasio o quiere hacer ejercicio en casa. Puede obtener hasta dos kits cada año de beneficios. También puede acceder a clases Silver&Fit de bajo impacto (cuando estén disponibles) centrándose en mejorar y aumentar la fuerza muscular y la resistencia, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación; clases de envejecimiento saludable (en línea o DVD); un boletín trimestral; y herramientas web. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial registrada federalmente de ASH.	$0 de copago *Es posible que se necesite autorización previa.*
Servicios auditivos	
Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Exámenes de la audición de rutina adicionales* Limitados a 1 visita por año	$0 de copago
Evaluación para ajuste de audífonos* Limitado a 1 visita cada año	$0 de copago
Audífonos*	$0 de copago
Asignación de hasta $750 para ambos oídos combinada por año para la compra de audífonos cuando los receta su médico o audiólogo. Un audífono es un dispositivo electrónico que usa una persona con el fin de amplificar el sonido.	*Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección de VIH preventiva cubierta por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Atención de agencias de salud en el hogar Antes de recibir los servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar en casa, lo que significa que salir de casa implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios de enfermería y auxiliares de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubierto por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare. *Se necesita autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión involucra la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo al plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera en virtud del beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y los medicamentos de terapia de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	El costo compartido de terapia de infusión en el hogar se explica en los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
Atención de un centro de cuidados paliativos Usted puede recibir atención de cualquier programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de un centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que está enfermo terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <u>Para servicios de centros de cuidados paliativos y para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por sus servicios de centros de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de un centro de cuidados paliativos, su proveedor del centro de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga.	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios del centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Bright Advantage Assist (HMO). Las consultas para atención en un centro de cuidados paliativos se incluyen como parte de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados. Puede aplicar el costo compartido del médico para consultas como paciente ambulatorio.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su diagnóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia y no se necesitan con urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de red, solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de red, usted paga el costo compartido del plan en virtud del Programa de Pago por servicio (Fee-for-Service) de Medicare (Original Medicare) Para servicios que están cubiertos por Bright Advantage Assist (HMO) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Bright Advantage Assist (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, independientemente de que estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por el centro de cuidados paliativos como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 *(¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?).* **Nota:** Si necesita atención que no sea del centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para organizar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de atención en un centro de cuidados paliativos (por una sola vez) para personas con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de atención en un centro de cuidados paliativos.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Vacunas	
Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si usted tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No hay coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Atención hospitalaria	
Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que sea dado de alta es su último día de hospitalización.	$300 de copago por día para los días 1 a 5 y $0 de copago por día para los días 6 a 90 para atención hospitalaria cubierta por Medicare.
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicamentos y fármacos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operación y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón,	$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare no se aplican. (Consulte la definición de los períodos de beneficios en el capítulo titulado *Definiciones de palabras importantes*). Para la atención hospitalaria, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Una transferencia a un tipo de instalación independiente (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados u hospital de atención a largo plazo) se considera un nuevo ingreso.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, organizaremos que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare que decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede optar por ir localmente siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Bright Advantage Assist (HMO) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos el alojamiento adecuado y costos de transporte para usted y un compañero. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y los glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar usted o alguien más la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta utilizada. • Servicios médicos	Para cada estadía hospitalaria como paciente hospitalizado, tiene cobertura para días ilimitados siempre que la estadía hospitalaria esté cubierta de conformidad con las reglas del plan. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.* Si recibe atención médica autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo es el costo más alto que pagaría en un hospital de la red.
Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como un paciente hospitalizado. Incluso si permanece durante la noche en el hospital, aun puede ser considerado como un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa del Programa Medicare denominada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene el Programa Medicare, ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	El costo compartido para Observación para pacientes ambulatorios se explica en Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. • Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	$300 de copago por día para los días 1 a 5 y $0 de copago por día para los días 6 a 90 por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días cubiertos para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados que cuentan para el límite de por vida de 190 días. (Consulte la definición de los períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un período de beneficios. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía hospitalaria no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía hospitalaria. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones:

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios médicos	Consulte abajo Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico.
• Pruebas diagnósticas (como pruebas de laboratorio)	Consulte a continuación Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y Servicios y suministros terapéuticos.
• Rayos X, terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios técnicos	Consulte a continuación Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y Servicios y suministros terapéuticos.
• Apósitos quirúrgicos	Consulte a continuación Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y Servicios y suministros terapéuticos.
• Férulas, moldes y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones	Consulte a continuación Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y Servicios y suministros terapéuticos.
• Prótesis y dispositivos ortopédicos (distintos de los dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que no funcione, incluidos el reemplazo o las reparaciones de estos dispositivos	Consulte a continuación prótesis y suministros relacionados.
• Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente	Consulte a continuación Prótesis y suministros relacionados.
• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Consulte a continuación Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica	
Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando se lo ordene su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individuales durante el primer año en que usted recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe ordenar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)	
Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención de cambios de conductas de la salud estructurada que proporciona entrenamiento práctico en cambios de dieta a largo plazo, incremento en actividad física y estrategias de solución de problemas para retos venideros, para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	
Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras usted está recibiendo servicios médicos, ambulatorios del hospital o del centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que usa con equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado en su casa, tienen una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrar el medicamento.	20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antináuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, como la heparina, el antídoto contra la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primarias.	20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Esta consejería está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguro, copago o deducible para la terapia y detección de obesidad preventivas. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Servicios del Programa de tratamiento de opioides Los servicios de tratamiento del trastorno por uso de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA, y el despacho y la administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare. *Se necesita autorización previa.*
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
• Radiografías	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos	20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, moldes y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones	20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Pruebas de laboratorio	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y los glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar usted o alguien más la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta utilizada.	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: Servicios de diagnóstico no radiológicos	$0 a $200 de copago, dependiendo del servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: Servicios de diagnóstico radiológicos, excepto radiografías	$50 a $200 de copago, dependiendo del servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	
Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se dan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare, y estos deben ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o para ordenar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece durante la noche en el hospital, aun puede ser considerado como un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa del Programa Medicare denominada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene el Programa Medicare, ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$350 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
• Servicios en un departamento de emergencia	Consulte Atención de emergencia.
• Servicios realizados en una clínica ambulatoria	Consulte Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Cirugía u observación para pacientes ambulatorios	Consulte Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en los centros ambulatorios del hospital y los centros quirúrgicos ambulatorios y la Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.
• Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital	Consulte Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y Servicios y suministros terapéuticos.
• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin este	Consulte Atención de salud mental para pacientes ambulatorios.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	Consulte Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y Servicios y suministros terapéuticos.
• Suministros médicos como férulas y moldes	Consulte Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y Servicios y suministros terapéuticos.
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse	Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece durante la noche en el hospital, aun puede ser considerado como un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa del Programa Medicare denominada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene el Programa Medicare, ¡Pregunte!”. ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare como permitido por las leyes estatales aplicables.	
• Servicios prestados por un psiquiatra	$40 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. $20 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*
• Servicios proporcionados por otros proveedores de atención de salud mental	$40 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. $20 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.	
Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en varios entornos ambulatorios, como los departamentos ambulatorios de hospitales, las oficinas de terapeutas independientes y los Centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).	
• Servicios proporcionados por un fisioterapeuta o terapeuta del habla	$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	
Usted tiene cobertura para el tratamiento por abuso de sustancias, según lo cubierto por Original Medicare.	$40 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. $20 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en los centros ambulatorios del hospital y los centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si usted está teniendo una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece durante la noche en el hospital, aun puede ser considerado como un "paciente ambulatorio".	
• Servicios prestados en un hospital ambulatorio	$350 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*
Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	$225 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*
Tarjeta de débito para artículos de venta libre (OTC)* Usted recibirá una asignación de $30 por mes en una tarjeta de débito para artículos de venta libre (OTC), que podrá usar para comprar artículos de atención médica personales de una lista de lugares designados aprobados por el plan. Los artículos aprobados pueden incluir productos OTC sin receta como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicamentos para la tos/el resfrío, y vendajes. Usted recibe una cantidad en dólares cada mes que puede gastar en artículos aprobados por el plan. Los fondos se cargarán en la tarjeta el 1.er día de cada mes (es decir, el 1 de enero, 1 de febrero). Cualquier fondo no utilizado vencerá al final cada mes o luego de la cancelación de la inscripción en el plan. Para solicitar una lista de artículos elegibles o para obtener ayuda para encontrar minoristas participantes, comuníquese con Servicios al Miembro.	$0 de copago

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial	
La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario, o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es un alternativa a la hospitalización hospitalaria.	$55 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*
Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico	
Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios médicos de atención médica o cirugía proporcionados en el consultorio de un médico por un proveedor de atención primaria.	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare.
• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio o cualquier otro lugar.	Consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios" más arriba en esta tabla para ver cualquier cantidad de costo compartido aplicable para las visitas al centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno ambulatorio del hospital.
• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista.	$25 de copago por cada servicio cubierto de Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*
• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo ordena para evaluar si necesita tratamiento médico.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Ciertos servicios de telemedicina, incluidos servicios del médico de atención primaria, servicios de médico especialista, sesión individual para servicios de especialidad de salud mental, sesión individual para servicios psiquiátricos. Se pueden ofrecer servicios adicionales de telemedicina. Consulte a su proveedor de	$0 de copago cuando se accede a través de proveedores elegibles

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
la red si la telemedicina está disponible y comuníquese con Servicios al Miembro para confirmar la cobertura. • Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telemedicina, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telemedicina. • Los miembros pueden acceder a servicios de telemedicina a través de una computadora de escritorio, tableta o dispositivos móviles. Para recibir instrucciones detalladas sobre cómo acceder a los servicios de telemedicina, visite nuestro sitio web (brighthealthplan.com/medicare-advantage), o comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).	
• Ciertos servicios de telemedicina, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en “Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico” arriba).
• Servicios de telemedicina para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en “Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico” arriba).
• Revisiones virtuales breves de 5 a 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o chat de video), **si**: ○ usted no es un paciente nuevo; **y** ○ la revisión virtual no está relacionada a una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio en las próximas 24 horas o la cita disponible lo antes posible.	
• Evaluación de videos y/o imágenes pregrabados que envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento de parte de su médico dentro de las 24 horas, **si:** ○ usted no es un paciente nuevo; **y**	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en “Servicios

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
○ la evaluación remota no está relacionada a una visita en consultorio dentro de los 7 días previos; **y** ○ la evaluación conduce a una visita al consultorio en las próximas 24 horas o la cita disponible lo antes posible.	médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico" arriba).
• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación electrónica de registros de salud, **si** usted no es un paciente nuevo.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en "Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico" arriba).
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en "Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico" arriba).
• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la fijación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando lo proporciona un médico).	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se necesita autorización previa.*
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo del pie del martillo o espolones del talón). • Cuidado rutinario del pie para los miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección del cáncer de próstata	
Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:	
• Examen rectal digital	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare. *Se necesita autorización previa.*
• Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No hay coseguro, copago o deducible para la prueba de PSA anual.
Prótesis y suministros relacionados	
Dispositivos (excepto dentales) que reemplacen la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos, y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.	20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar	
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar por parte del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol	
Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que hacen un uso indebido del alcohol, pero no dependen del alcohol. Si su prueba de detección de abuso de alcohol es positiva, puede obtener 4 sesiones de orientación breves en persona por año (si se muestra competente y alerta durante la orientación) provista por un médico de atención primaria o enfermera profesional calificada en un centro de atención primaria.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de prueba de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para personas que califiquen, una LDCT se cubre cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de 55 a 77 años de edad que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de fumar tabaco de al menos 30 paquetes-años o que actualmente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante una asesoría de chequeo de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicara para tales visitas y se proporcionan por un médico o profesional de la salud no médico calificado. *Para la detección de cáncer de pulmón por LDCT después del chequeo LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden escrita para la detección de cáncer de pulmón por LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional de la salud no médico calificado. Si un médico o profesional de la salud no médico calificado elige proporcionar una asesoría de detección de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida para detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas.	No hay coseguro, copago o deducible para la asesoría y la visita compartida de toma de decisiones o para la LDCT cubiertos por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las infecciones de transmisión sexual Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales y personales de orientación para el comportamiento de alta intensidad de 20 a 30 minutos, cada año para los adultos sexualmente activos que están en mayor riesgo de tener una ITS. Solo cubrimos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y son llevadas a cabo en un ambiente de atención primaria, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal	
Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios de educación en enfermedades de los riñones para enseñar el cuidado de los riñones y para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen una enfermedad crónica de los riñones etapa IV cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones vitalicias de servicios de educación por enfermedad de los riñones.	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando están temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3).	20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si está ingresado en un hospital para atención especial)	Estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones: Consulte Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.
• Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar).	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare.
• Equipos y suministros para diálisis domiciliaria.	Consulte Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados
• Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua).	Consulte Atención de una agencia de salud en el hogar.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, vaya a la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de "atención de un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este manual. Las instalaciones de enfermería especializada a veces se denominan "SNF", por sus siglas en inglés) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y los glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar usted o alguien más la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF • Pruebas de laboratorio proporcionadas normalmente por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por los SNF • Servicios médicos/profesionales Por lo general, recibirá su atención de SNF de las instalaciones de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones enumeradas a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por una instalación que no es un proveedor de red, si la instalación acepta los montos de nuestro plan para el pago. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención especializada en centros de enfermería).	$0 de copago por día para los días 1 a 20 y $178 de copago por día para los días 21 a 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted debe pagar el costo compartido aplicable a partir del Día 1 cada vez que es ingresado. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Se necesita autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Un SNF donde su cónyuge está viviendo en el momento de salir del hospital.	
Fumar y dejar de consumir tabaco (asesoría para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si usa tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas cara a cara. Si usted usa tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido para pacientes hospitalizados o ambulatorios aplicable. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas cara a cara.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo para dejar de fumar o de usar tabaco cubierto por Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Terapia de ejercicios supervisados (SET) La terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD) y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir de sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento de ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por personal auxiliar cualificado para garantizar que los beneficios excedan los daños, y que esté entrenado en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar entrenado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.	$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Servicios necesarios de urgencia	
Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección que no sea de emergencia, imprevista, que requiera atención médica de inmediato. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. El costo compartido para los servicios de necesarios de urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios suministrados dentro de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso directo.
Atención de la vista	
Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/contactos.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años.	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare.
• Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare. *Es posible que se necesite autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen ocular de rutina*	$0 de copago
Limitado a 1 visita por año	
Nota: Los beneficios de examen ocular de rutina son proporcionados por EyeMed. Debe visitar a un proveedor de la red de EyeMed para acceder al beneficio. Revise el Directorio de proveedores para encontrar un proveedor de EyeMed.	
Accesorios para la vista de rutina adicionales*	
Incluye cobertura para anteojos recetados O lentes de contacto.	
Comuníquese con servicio al cliente de EyeMed, al (866) 355-1239, antes de recibir servicios fuera de la red.	
• Si ya recibió servicios de un proveedor fuera de la red, comuníquese con servicio al cliente de EyeMed (al número de arriba) para saber cómo enviar su reclamo para reembolso.	
• Todos los reclamos de la vista de rutina fuera de la red se deben enviar a EyeMed. El formulario de reclamo y los documentos de apoyo necesarios se deben enviar por correo a: EyeMed Vision Care, Attn: MVC Claims, P.O. Box 8504, Mason, OH 45040	
• Examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación) y lentes de contacto. Una asignación de hasta $130 cada dos años calendario para lentes de contacto.	$0 a $60 de copago, dependiendo del servicio. *Es posible que se necesite autorización previa.*
• Anteojos (lentes y armazones) Limitado a 1 par de anteojos (lentes y armazones) cada dos años.	$25 de copago. *Es posible que se necesite autorización previa.*
Una asignación de hasta $130 cada dos años calendario para una amplia selección de armazones O armazones de marcas destacadas. Los anteojos con receta incluyen lentes de visión simple, bifocales alineados y trifocales alineados.	
Nota: Los beneficios de accesorios de la vista de rutina son proporcionados por EyeMed. Debe visitar a un proveedor de EyeMed para acceder al beneficio. Revise el Directorio de proveedores para encontrar un proveedor de EyeMed.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"	
El plan cubre la visita preventiva de una sola vez "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes y vacunas), y derivaciones para otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago o deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".
• ECG cubierto después de los Servicios preventivos de la visita de "Bienvenido a Medicare".	$0 de copago por cada servicio cubierto de Medicare. *Se necesita autorización previa.*

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

Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan Si un servicio está "excluido", esto significa que este plan no cubre el servicio.

El siguiente cuadro detalla los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos únicamente en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagar por ellos usted mismo. No pagaremos por los servicios médicos excluidos que se enumeran en el siguiente cuadro, excepto en las condiciones específicas enumeradas. La única excepción: pagaremos, si después de una apelación, se comprueba que un servicio del siguiente cuadro es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3 en este manual.)

Todas las exclusiones o limitaciones en los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en la siguiente tabla.

Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	√	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y productos experimentales son aquellos productos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan como que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		√ Puede estar cubierto por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Habitación privada en un hospital.		√ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	√	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	√	
*La atención de custodia o atención de apoyo es la atención proporcionada en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos o en otra instalación, cuando usted necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	√	
Los servicios de trabajo doméstico incluyen asistencia básica para el hogar, incluso limpieza ligera o preparación de comidas ligeras.	√	
Cargos cobrados por la atención de sus parientes inmediatos o miembros de su hogar.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		√ • Cubierto en casos de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de un miembro del cuerpo debido a una malformación. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía y también del seno no afectado a fin de producir una apariencia simétrica.
Atención quiropráctica de rutina		√ La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta.
Atención de rutina de los pies		√ Algunas coberturas limitadas proporcionadas de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si usted tiene diabetes.
Comidas entregadas en casa	√	
Zapatos ortopédicos		√ Si los zapatos son parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del dispositivo ortopédico, o los zapatos son para una persona con enfermedad del pie diabético.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Dispositivos de apoyo para los pies		√ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.		√ El examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de la cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	√	
Acupuntura		√
Servicios de naturopatía (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	√	

*La atención de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua del personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 106
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D 106
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 107

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan 107
Sección 2.1 Para que se cubra su receta, use una farmacia de la red 107
Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red 108
Sección 2.3 Uso de los servicios de pedidos por correo del plan 108
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 110
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan? 110

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan 111
Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos... 111
Sección 3.2 Hay seis “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos 112
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la lista de medicamentos? 113

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 113
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 113
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 114
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 115

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto? 115
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto 115
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera? 116
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto? 117

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?....118
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 118
Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando? 119

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por nuestro plan?.....120
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 120

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta 122
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 122
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?..... 122

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....122
Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?..... 122
Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?..... 123
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también está recibiendo cobertura de medicamentos de un empleador o grupo de jubilados plan?..... 123
Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?..... 124

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 124
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura 124
Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos 125
Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos 126

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

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado. Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Está actualmente recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **alguna información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Le enviamos un inserto separado, denominado la "Cláusula de evidencia de cobertura para las personas que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también denominada "Cláusula de subsidio para personas de bajos ingresos" o la "Cláusula LIS") que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios al Miembro y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** El siguiente capítulo indica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D *(Capítulo 6, Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).*

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Bright Advantage Assist (HMO) también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le administran durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga) informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía hospitalaria o de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico terminal y condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?).* Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de atención en un centro de cuidados paliativos del Capítulo 4 *(Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

En las siguientes secciones se discute la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de 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.

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Usted debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete) escriba su receta.
- La persona que receta debe aceptar Medicare o presentar documentación con los CMS que demuestre que está calificado para escribir recetas, o su reclamo de la Parte D será denegado. Usted debe preguntar a las personas que le receten la próxima vez que llame o visite si cumplen con esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que la persona que receta tarda tiempo en presentar la documentación necesaria para ser procesada.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso de un medicamento que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o apoyado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada médicamente).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Para que se cubra su receta, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (https://brighthealthplan.com/medicare-advantage) o llamar a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita un resurtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir que tenga una nueva receta escrita por un proveedor o que le transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si está en una instalación de LTC, debemos asegurarnos de que es capaz de recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC, que es típicamente la farmacia que utiliza la instalación LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que brindan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena/Urbano/Tribal (no está disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a esas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que la FDA restringe a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería producirse en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos de correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica a largo plazo o crónica. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos

de **"pedidos por correo"** en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios al Miembro al (844) 221-7736.

Por lo general, un pedido de farmacia de pedidos por correo le llegará en no más de 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, es posible que pueda recibir un suministro temporal en su farmacia. Comuníquese con Servicios al Miembro al (844) 221-7736 para obtener más información.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar con usted primero, si, ya sea:

- Usted usó servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado; o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento si continúa haciendo que su médico nos envíe sus recetas. No se necesita ninguna solicitud especial. O puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro al (844) 221-7736 para reiniciar las entregas automáticas si anteriormente detuvo las entregas automáticas.

  Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea, y no se le contactó para ver si la deseaba antes de que se enviara, puede ser elegible para un reembolso.

  Si usó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, póngase en contacto con nosotros llamando a Servicios al Miembro al (844) 221-7736.

  Si nunca ha utilizado nuestra entrega por correo y/o decide detener 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 el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia está entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar cualquier retraso en el envío.

  Para optar por no recibir las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con nosotros llamando a Servicios al Miembro al (844) 221-7736.

  Resurtidos de recetas de pedidos por correo. Por resurtidos de medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automático cuando nuestros registros muestren que se le podría estar por terminar su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos

programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió. Si elige no usar el programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene a mano se agotarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar de nuestro programa que automáticamente prepara resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios al Miembro, al (844) 221-7736.

Para que la farmacia puede comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de que la farmacia conozca las mejores maneras de ponerse en contacto con usted. Llame a Servicios al Miembro, al (844) 221-7736, para brindarnos su información de contacto preferida.

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

Cuando recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, el costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma con regularidad para una afección médica crónica o a largo plazo). Puede ordenar este suministro a través de pedidos por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden estar de acuerdo en aceptar una cantidad menor de costo compartido para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias minoristas podrían no estar de acuerdo en aceptar la cantidad de costo compartido más bajo por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable por la diferencia en el precio. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de pedidos de correo de la red del plan**. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de “pedidos por correo” en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro para hasta 90 días.** Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedidos por correo.

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

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Usted viaja fuera del área de servicio del plan (dentro de los Estados Unidos) y se queda sin su medicamento cubierto de la Parte D, pierde su 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 de manera oportuna dentro de sus áreas de servicio porque, por ejemplo, no hay farmacia de la red dentro de una distancia de conducción razonable que proporcione servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Usted debe surtir una receta para un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna, y ese medicamento cubierto de la Parte D (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro medicamento de especialidad típicamente enviado directamente de fabricantes o proveedores especiales) no está regularmente en farmacias minoristas o por correo de la red accesibles.
- Se le proporcionan medicamentos de la Parte D despachados por una farmacia fuera de la red basada en una institución mientras es un paciente en un departamento de emergencia, clínica basada en proveedores, cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio, y como resultado no puede surtir sus medicamentos de la Parte D en una farmacia de la red.
- Usted ha recibido su medicamento cubierto de la Parte D durante cualquier declaración federal por desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que sea evacuado o desplazado de otro modo de su lugar de residencia y no se puede esperar razonablemente que obtenga los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

En estas situaciones, cuando tiene cobertura para surtir su receta en una farmacia fuera de la red, puede estar limitado a un suministro de 30 días de su medicamento.

En estas situaciones, **consulte primero con Servicios al Miembro** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual). 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 solicita el reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo completo (en lugar de su parte normal del costo) en el momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1, explica cómo pedir al plan que le reembolse).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado

la lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, Sección 1.1, se explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que es, *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o afección para el cual se receta).
- -- *o bien* -- Apoyado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Listas Farmacológicas aprobadas de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

La lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca y por lo general cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* está en la lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Hay seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo para el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: Medicamentos genéricos preferidos
  El Nivel 1 es el nivel más bajo e incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: Medicamentos genéricos
  El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: Medicamentos de marca preferidos
  El Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 de costo compartido: Medicamentos no preferidos
  El Nivel 4 incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.

- Nivel 5 de costo compartido: Nivel de especialidad
  El Nivel 5 incluye medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial y/o un monitoreo cercano.
- Nivel 6 de costo compartido: Medicamentos de atención selecta
  El Nivel 6 es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos de atención selecta para tratar afecciones como la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto, y determinados medicamentos que generalmente no están cubiertos por el programa de la Parte D.

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

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la lista de medicamentos?

Tienes tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (https://brighthealthplan.com/medicare-advantage). La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos más asequible.

En general, nuestras reglas le animan a obtener un medicamento que funciona para su afección médica y es seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione tan bien médicamente como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura y el costo compartido de medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos esta restricción para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos

que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos de la manera más eficaz. Las secciones siguientes le indican más acerca de los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restringimos los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento "genérico" funciona igual que el medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrir el medicamento para usted. Esto se llama **"autorización previa".** A veces, el requisito de obtener la aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **"terapia escalonada".**

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir al limitar cuándo de un medicamento puede obtener cada vez que surta su receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día para un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su 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 sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web (https://brighthealthplan.com/medicare-advantage).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si hay una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios al Miembro para saber lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos esta restricción para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que pueda haber un medicamento recetado que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensen que debe tomar, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas adicionales o restricciones en la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que se le pida que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si va a funcionar, antes de que el medicamento que desea tomar estará cubierto para usted. O puede haber límites en qué cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) se cubre durante un período de tiempo determinado. En algunos casos, es posible que desee que eliminemos a la restricción por usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que piensa que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis niveles diferentes de costo compartido. Cuánto paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o está restringido, estas son las cosas que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del mismo.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

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

1. **El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:**
   - El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
   - - o - el medicamento que ha estado tomando está **ahora restringido de alguna manera.** (La Sección 4 de este capítulo informa sobre 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 usted era nuevo 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 de suministro. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un suministro máximo de medicamentos de 30 días. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para prevenir el desperdicio).
   - **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en una instalación de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita por menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal anterior.

- Para los miembros que están experimentando un nivel de cambio de atención (ser admitidos o dados de alta de una instalación de LTC), las ediciones a resurtidos tempranos no se utilizarán para limitar el acceso apropiado y necesario a su beneficio de la Parte D, y dichas personas inscritas podrán acceder a una resurtido en el momento de la admisión o el alta.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Durante el tiempo en que usted esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las secciones siguientes le indican más acerca de estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience hablando con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción de formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre 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 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que recete). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le informa qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree que es demasiado alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción al nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le informa qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

Los medicamentos de nuestro nivel de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre 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:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno ha aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha determinado que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen 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 de forma regular para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, indicamos las ocasiones en los que debería recibir un aviso directo, si se hacen cambios a un medicamento que está tomando. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos le afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
  - Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico, el plan debe darle un aviso de al menos 30 días de anticipación del cambio o darle aviso del cambio y un resurtido para 30 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
  - Después de recibir un aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar al genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
  - O usted o la persona que le receta pueden pedirle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha encontrado que es inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le haremos saber de este cambio de inmediato.
  - La persona que le receta también sabrá acerca de este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha comenzado que afectan los medicamentos que está tomando. También podemos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso por anticipado del

cambio de al menos 30 días, o darle un aviso del cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir un aviso del cambio, debe trabajar con la persona que le recete para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted o la persona que le receta pueden pedirle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

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

- Si movemos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Si ponemos una nueva restricción en su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (pero no debido a una retirada del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o ninguna restricción adicional a su uso del medicamento. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán, y es importante que revise la Lista de medicamentos del nuevo año para cualquier cambio en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por nuestro plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, debe pagar por ellos usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se enumeran en esta sección (excepto por determinados medicamentos excluidos cubiertos en virtud de nuestra cobertura de medicamentos mejorada). La única excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra en apelación para que sea un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 6.5 en este manual).

Aquí hay tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso fuera de etiqueta. "Uso fuera de etiqueta" es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento como lo aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - Por lo general, la cobertura para el "uso fuera de etiqueta" solo se permite cuando el uso es compatible con ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Listas Farmacológicas aprobadas de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no es compatible con ninguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso fuera de etiqueta".

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare. (Nuestro plan cubre determinados medicamentos incluidos abajo a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, para la cual se le puede cobrar una prima adicional. Se proporciona más información abajo):

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos cuando se usan para promover la fertilidad.
- Medicamentos cuando se usan para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos cuando se usan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos que generalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). Los medicamentos incluidos en nuestra cobertura de medicamentos mejorada pueden tener límites de cantidad. Consulte la Sección 8.1 del Capítulo 6 para obtener más información. La cantidad que usted paga cuando surte una receta para estos medicamentos no cuenta para calificar para la Etapa de cobertura catastrófica (la Etapa de cobertura catastrófica se describe en la Sección del Capítulo 6 de este manual).

Además, si recibe **"Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos,** el programa "Ayuda adicional" no pagará por medicamentos que generalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios al Miembro para obtener más información. Los números de teléfono

de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual). Sin embargo, si tiene cobertura a través de Medicaid, su programa Medicaid estatal podría cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte de su costo cubierto de medicamentos recetados. Usted tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja.** (Después puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 *(Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* de da más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Nota: Cuando usted entra, vive o sale de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo finalizar su membresía en el plan,* le informa cuándo puede dejar nuestro plan y unirse a un plan de Medicare diferente).

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Compruebe su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Si necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su 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 escrita por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).

Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta está escrita para menos días.

Durante el tiempo en que usted esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se agote. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le informa qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también está recibiendo cobertura de medicamentos de un empleador o grupo de jubilados plan?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleados o grupo de jubilados (o de su cónyuge)? Si es así, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Él o ella puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si usted está actualmente empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtenga de nosotros será secundaria a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan de grupo es **"acreditable",** significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

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

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

Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por el centro de cuidados paliativos como por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento antináuseas, laxante, analgésico o antiansiedad que no está cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de ya sea la persona que receta o su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que deba estar cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o la persona que receta que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o sea dado de baja de un hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que hablan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos en la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

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

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos de nuestros miembros para ayudar a asegurar que están recibiendo atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación.

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

Si vemos un posible problema en el uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) Si usa medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinada(s) farmacia(s).
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinado(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si consideramos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explique los términos de las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, y sobre 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 para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o con la limitación, usted y la persona que receta tienen el derecho de solicitarnos una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos denegando parte o toda su solicitud relacionada a las limitaciones que aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

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

Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

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 desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y altos costos de medicamentos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre. Obtendrá un resumen por escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción para medicamentos que recomienda lo que puede hacer para hacer el mejor uso de sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

Es una buena idea hacer una revisión de los medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 130

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos 130

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos 131

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de en qué "etapa de pago de medicamentos" se encuentra cuando recibe el medicamento 131

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Bright Advantage Assist (HMO)? 131

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago que se encuentra 133

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "*Explicación de beneficios de la Parte D*" (la "EOB de la Parte D") 133

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos 133

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 135

Sección 4.1 Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $445 por sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 135

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga su parte 135

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta 135

Sección 5.2 Una tabla que muestra los costos de un suministro para un mes de un medicamento 136

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo de un suministro para un mes completo 138

Sección 5.4 Una tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento 138

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen $4,130 140

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de vacío de cobertura, el plan proporciona algo de cobertura 140

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de vacío de cobertura hasta que sus costos de desembolso directo alcancen $6,550 140

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus costos de desembolso directo para los medicamentos recetados 141

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo para sus medicamentos 143

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 143

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales 143

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 143

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba 144

Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna 144

Sección 9.2 Es posible que desee llamarnos a Servicios al Miembro antes de recibir una vacuna 146

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

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado. Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Está actualmente recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **alguna información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Le enviamos un inserto separado, denominado la "Cláusula de evidencia de cobertura para las personas que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta" (también denominada "Cláusula de subsidio para personas de bajos ingresos" o la "Cláusula LIS") que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios al Miembro y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para mantener las cosas simples, usamos el término "medicamentos" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocerlos conceptos básicos de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando reciba sus medicamentos cubiertos. Aquí están los materiales que explican estos conceptos básicos:

- La ***Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** Para simplificar, la denominamos "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos le dice qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - También dice en cuál de los seis "niveles de costo compartido" está el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  - si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web, en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage. La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 proporciona los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir cuando reciba sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también informa qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.

El *Directorio de farmacias del plan.* En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener más información). El *Directorio de farmacias* contiene una lista de las farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Para entender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, debe saber acerca de los tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama "costo compartido", y hay tres maneras en que se le puede pedir que pague.

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

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de en qué "etapa de pago de medicamentos" se encuentra cuando recibe el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Bright Advantage Assist (HMO)?

Como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados en Bright Advantage Assist (HMO). Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentra en el momento en que recibe un surtido o resurtido de una receta. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable por la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de vacío de cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura catastrófica*
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado $445 por sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 ($445 es el monto de su deducible de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5). (Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo)	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1 y Nivel 6 y **usted paga su parte del costo.** Después de que usted (u otros en su nombre) hayan alcanzado su deducible de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"costos totales de medicamentos"** del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) sumen $4,130. (Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).	Nuestro plan ofrece cobertura completa de medicamentos en la Etapa de vacío de cobertura para medicamentos en el Nivel 6. Usted paga $0 por medicamentos en el Nivel 6. Para los medicamentos en todos los demás niveles, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los **"costos de desembolso directo"** (sus pagos) del año a la fecha lleguen a un total de $6,550. Esta cantidad y las reglas para contar los costos de esta cantidad han sido establecidas por Medicare. (Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021). (Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha realizado cuando recibe un surtido o resurtido de sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando se ha movido de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que realizamos un seguimiento:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se llama su costo de **"desembolso directo"**.
- Hacemos un seguimiento de sus **"costos totales de medicamentos".** Esta es la cantidad que usted paga de desembolso directo u otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de beneficios* de la Parte D (a veces se denomina "EOB de la Parte D") cuando ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costo compartido más bajo que podrían estar disponibles. Debe consultar a su profesional que receta acerca de estas opciones de costo más bajo. Incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información "del año a la fecha". Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esta información mostrará aumentos en porcentajes acumulados para cada reclamo de medicamentos.
- **Medicamentos recetados de menor costo disponibles.** Incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo de medicamentos que puedan estar disponibles.

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

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted hace por los medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Para asegurarnos de que sabemos acerca de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que tenga que pagar sus medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de los costos de desembolso directo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso directo, usted puede brindarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 7, Sección 2 de este manual.) Aquí hay algunos tipos de situaciones en las que es posible que desee darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:
  - Cuando adquiera un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando hizo un copago por medicamentos que se proporcionan conforme a un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  - En cualquier momento en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias que no forman parte de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso directo y lo ayudan a calificar para una cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos que realiza un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso directo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarlos a nosotros para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una “EOB de la Parte D”) en el correo, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si considera que falta información en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Sección 4.1 Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $445 por sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos.

Usted pagará un deducible anual de $445 para medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.

- Su **"costo total"** es generalmente más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado $445 por sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, dejará esa etapa y pasará a la próxima etapa de pago de medicamento, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga su parte

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y de dónde surte su receta.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo para el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: Medicamentos genéricos preferidos
  El Nivel 1 es el nivel más bajo e incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: Medicamentos genéricos
  El Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: Medicamentos de marca preferidos
  El Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.

- Nivel 4 de costo compartido: Medicamentos no preferidos
  El Nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

- Nivel 5 de costo compartido: Nivel de especialidad
  El Nivel 5 incluye medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que requieren un manejo especial o monitoreo cercano.

- Nivel 6 de costo compartido: Medicamentos de atención selecta
  El Nivel 6 es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos de atención selecta para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto, y determinados medicamentos que normalmente no están cubiertos por el programa de la Parte D.

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

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si usted recibe el medicamento de:

- Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan.

- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan.

- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 en este manual y el *Directorio de farmacias*.

Sección 5.2 Una tabla que muestra los costos de un suministro para un mes de un medicamento

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

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

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que aparece en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento o la cantidad de copago, *lo que sea más bajo.*

- Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubriríamos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando recibe un suministro de un mes de un medicamento cubierto de la Parte D:

	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido en farmacia de pedidos por correo estándar** (un suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido en farmacia de atención a largo plazo** (LTC) (un suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido en farmacia fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto de un mes completo. Sin embargo, el médico puede recetarte menos de un mes de suministro de medicamentos. Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico acerca de la receta para menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando usted está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta menos de un mes completo de suministro, usted no tendrá que pagar por el suministro completo de ciertos medicamentos.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un mes completo de suministro o por menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si obtiene menos de un mes de suministro, la *cantidad* que usted paga será menos.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, su copago se basará en el número de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de costo compartido”) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
    - Digamos que el copago para su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $30. Esto significa que el monto que paga por cada día correspondiente a su medicamento es $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será $1 por cada día multiplicado por 7 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 por el suministro de un mes entero. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que despache, menos de un mes completo de suministro de un medicamento o medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas para que pueda hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que pague dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días de suministro. (Para obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando se obtiene un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta que, si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que aparece en la tabla, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento o la cantidad de copago, *lo que sea más bajo.*

Su parte del costo cuando recibe un suministro *a largo plazo* de un medicamento cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para hasta 90 días)	**Costo compartido en farmacia de pedidos por correo estándar** (un suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido Medicamentos genéricos preferidos	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5.	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5.
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	$0 de copago	$0 de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen $4,130

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos recetados que ha surtido y resurtido alcancen el **límite de $4,130 para la Etapa de cobertura inicial.**

Su costo total de medicamentos se basa en sumar 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 obtenido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso directo). Esto incluye:
  - Los $445 que pagó mientras estuvo en la Etapa de deducible.
  - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el año 2021, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus costos totales por medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos hechos para estos medicamentos no contarán para su límite de cobertura inicial o costos de desembolso directo total. Para averiguar qué medicamentos cubre el plan, consulte el Formulario.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre para sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,130 en un año.

Le haremos saber si alcanza esta cantidad de $4,130. Si alcanza esta cantidad, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de vacío de cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de vacío de cobertura, el plan proporciona algo de cobertura

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de vacío de cobertura hasta que sus costos de desembolso directo alcancen $6,550

Nuestro plan ofrece cobertura completa de medicamentos en la Etapa de vacío de cobertura para medicamentos en el Nivel 6. Usted paga $0 por medicamentos en el Nivel 6. Para los medicamentos en todos los demás niveles, usted paga el 25 % del precio negociado de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos, como se describe con más detalle abajo.

Cuando usted está en la Etapa de vacío de cobertura, el Programa de Descuento para la Etapa de Vacío de Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tasa de despacho de los medicamentos de marca. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante cuentan para los costos de desembolso directo como si los hubiera pagado y le ayuda a pasar la etapa de vacío de cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para medicamentos genéricos, el importe pagado por el plan (75 %) no cuenta para sus costos de desembolso directo. Solo el monto que usted paga cuenta y contribuye a que pase a través de la etapa de vacío de cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento para medicamentos de marca y no más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de desembolso directo alcancen una cantidad máxima que Medicare haya establecido. En 2021, esa cantidad es de $6,550.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus costos de desembolso directo. Cuando alcanza el límite de desembolso directo de $6,550, abandona la Etapa de vacío de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus costos de desembolso directo para los medicamentos recetados

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando realizamos un seguimiento de sus costos de desembolso directo para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus costos de desembolso directo

Cuando suma sus costos de desembolso directo, **puede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

- La cantidad que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de vacío de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, estos están incluidos en sus costos de desembolso directo.
- Estos pagos también se incluyen si se realizan en su nombre por **otras personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, por un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado calificado por Medicare

o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el Programa "Ayuda adicional" de Medicare también están incluidos.

- Algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento para la Etapa de Vacío de Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cómo pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de $6,350 en costos de desembolso directo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de vacío de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso directo

Cuando suma sus costos de desembolso directo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos para medicamentos recetados:

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted hace por medicamentos recetados en virtud de nuestra cobertura adicional, que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras esté en la Etapa de vacío de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos hechos por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados 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 medicamentos con receta (por ejemplo, Compensación para trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso directo por medicamentos, usted está obligado a informarle a nuestro plan. Llame a Servicios al Miembro para informárnoslo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Cómo puede hacer un seguimiento de su total de desembolso directo?

- **Lo ayudaremos.** La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso directo (La Sección 3 de este capítulo le brinda detalles sobre este informe). Cuando alcance un total de $6,550 en costos de desembolso directo para el año, este informe le dirá que ha dejado la Etapa de vacío de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 dice lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo para sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso directo han alcanzado el límite de $6,550 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o copago, la cantidad que sea *mayor*:
  - – *ya sea* – el coseguro del 5 % del costo del medicamento;
  - – *o bien* – $3.70 para un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y $9.20 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Nuestro plan ofrece cobertura adicional para los siguientes medicamentos recetados, que normalmente no están cubiertos por el programa de la Parte D:

- Medicamentos selectos para la disfunción eréctil
- Ácido fólico
- Vitamina B12
- Ergocalciferol

Estos medicamentos están cubiertos en el Nivel 6 de nuestra lista de medicamentos.

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba

Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí.** La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **darle la vacuna.** (Esto a veces se denomina la "administración" de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para qué está siendo vacunado).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener más información sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.*
2. **Dónde obtiene el medicamento para la vacuna.**
3. **Quién le da la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando recibe la vacuna, tendrá que pagar todo el costo tanto por el medicamento de la vacuna como por recibir la vacuna. Puede pedir a nuestro plan que le pague por nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, solo pagará su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona esto, aquí hay tres maneras comunes de obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de deducible y la Etapa de vacío de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde usted vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de darle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará todo el costo de la vacuna y su administración.
- A continuación, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este manual *(Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).*
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobra y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico donde le dan la vacuna.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí misma.
- Cuando su médico le dé la vacuna, usted pagará todo el costo de este servicio. A continuación, puede pedir al plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le reembolsará la cantidad cobrada por el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobra y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 9.2 Es posible que desee llamarnos a Servicios al Miembro 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 a Servicios al Miembro cada vez que esté planificando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

- Podemos informarle cómo su vacuna está cubierta por nuestro plan y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener su propio costo bajo mediante el uso de proveedores y farmacias en nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para obtener el pago de nosotros por nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 149

Sección 1.1 Si usted paga la parte del plan del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 149

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos el pago o que paguemos una factura que haya recibido 151

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago 151

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no 152

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 152

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación 152

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias a nosotros 153

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso directo de medicamentos 153

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte del plan del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo completo de inmediato. Otras veces, puede darse cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el pago (pagarle a menudo se denomina "reembolsarle"). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan siempre que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedir a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que haya recibido:

1. **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o necesaria de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.**

   Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte o no de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, solo es responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe pedirle al proveedor que facture al plan por nuestra parte del costo.

   - Si paga la cantidad total usted mismo en el momento en que recibe la atención, debe pedirnos que le paguemos por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - A veces usted puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si al proveedor se le debe algo, pagaremos directamente al proveedor.
     - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le pagaremos por nuestra parte del costo.

2. **Cuando un proveedor de red le envía una factura que cree que no debe pagar**

   Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominado “facturación de saldo”. Esta protección (que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información acerca de la “facturación de saldos”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de red que cree que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba en virtud del plan.

3. Si se inscribió de forma retroactiva en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Probablemente la fecha de inscripción haya sido el año pasado).

Si se inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y pagó como de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que presentar documentación para que nosotros nos encarguemos del reembolso.

Llame a Servicios al Miembro para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos y para conocer los plazos para hacer su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

4. Cuando usted utiliza una farmacia fuera de la red para obtener una receta

Si usted va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, la farmacia puede no ser capaz de enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de una receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto 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 no conocía o no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total por este.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para pagarle por nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual *(Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos el pago o que paguemos una factura que haya recibido

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro Formulario de reclamo de reembolso de Medicare para hacer su solicitud de pago.

No es obligatorio usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.

Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web https://brighthealthplan.com/medicare-advantage o llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

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

Reclamos de servicios médicos de la Parte C
Bright Health Medicare Advantage
Claims Operations P.O. Box 853960
Richardson, TX 75085-3960

Reclamos de medicamentos de la Parte D
Elixir Solutions
Attn: DMR Department
2181 E. Aurora Rd Suite 201
Twinsburg, OH 44087

Debe presentarnos su reclamo en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas para recibir la atención o el medicamento, pagaremos por nuestra parte del costo. 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 medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para cubrir sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que el medicamento o la atención médica *no* está cubierta, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explique las razones por las que no estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación, vaya al Capítulo 9 de este manual *(Qué 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 nuevo para usted, le resultará útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones, y da definiciones de términos como “apelación”. Luego, después de leer la Sección 4, puede ir a la sección del Capítulo 9 que informa qué hacer para su situación:

- Si desea hacer una apelación sobre el pago por un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea hacer una apelación sobre el pago por un medicamento, vaya a la Sección 6.5 en el Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias a nosotros

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso directo de medicamentos

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos acerca de los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está pidiendo el pago. En su lugar, nos está diciendo acerca de sus pagos para que podamos calcular sus costos de desembolso directo correctamente. Esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación se incluyen dos situaciones en las que debería enviarnos copias de los recibos para informarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio que es menor que nuestro precio

A veces, cuando se encuentra en la Etapa de deducible y la Etapa de vacío de cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es más bajo que nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial en el medicamento. O puede tener una tarjeta de descuento que está fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso directo cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Si usted está en la Etapa de deducible y la Etapa de vacío de cobertura, no podemos pagar ninguna parte de estos costos de medicamentos. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular sus costos de desembolso directo correctamente y puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un laboratorio farmacéutico, que no forma parte de los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos a través de un programa ofrecido por el fabricante de un medicamento, es posible que deba pagarle un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso directo cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que usted está recibiendo su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de estos costos de medicamentos. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular sus costos de

desembolso directo correctamente y puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que no está solicitando el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan 157

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.) 157

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.) 157

Section 1.1 我们须以适合您的方式提供信息（如使用英语以外的语言，盲文，大号字，或其他替代形式等等。 158

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 158

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 158

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 159

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 161

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 163

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados? 163

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 163

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 164

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 164

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Nuestro plan tiene personas y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios al Miembro al (844) 221-7736. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta *Evidencia de cobertura* o con este correo, o puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener información adicional.

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

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

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. This document is available for free in Chinese and Spanish. 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).

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 at (844)221-7736. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

Section 1.1 我们须以适合您的方式提供信息（如使用英语以外的语言，盲文，大号字，或其他替代形式等等。

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

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

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

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicios al Miembro para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). No exigimos que obtenga referencias para ir a proveedores de la red.

Como miembro del plan, usted tiene el derecho de obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores de la red del plan *en un plazo razonable de tiempo.* Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando usted necesita esa atención. También tiene derecho a que sus recetas se surtan o resurtan en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin mayores retrasos.

Si piensa que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D en una cantidad razonable de tiempo, el Capítulo 9, Sección 10, de este manual le informa lo que puede hacer. (Si hemos denegado la cobertura de su atención médica o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4, informa lo que puede hacer).

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan los derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos un aviso por escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad”, que indica esos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si damos su información médica a cualquier persona que no esté proporcionando su atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener permiso por escrito de usted primero.* El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el derecho legal de tomar decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
  - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que están comprobando la calidad de la atención.
  - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información de salud, incluida información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene el derecho de ver sus registros médicos en el plan, y de obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo su información de salud se ha compartido con otros para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Podemos usar o divulgar su información médica protegida (protected health information, PHI) de una manera que cumpla con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Podemos divulgar su PHI a otros según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, incluidos, entre otros, Medicare, otros planes, a su proveedor de atención primaria y otros proveedores.

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Bright Advantage Assist (HMO), usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene el derecho de obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluido cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias en nuestra red y cómo pagamos a los proveedores en 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 acerca de nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web, en https://brighthealthplan.com/medicare-advantage.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué reglas debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si recibió el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que cree que debe ser cubierto, consulte el Capítulo 9 de este manual. Le da detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras preocupaciones).

- Si desea pedir a nuestro plan que pague nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene el derecho de obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando vaya a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento de una *manera que pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **A conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene el derecho de que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que se le hable sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usar medicamentos de manera segura.
- **A conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar con antelación si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no irse. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.
- **A recibir una explicación si se le deniega la cobertura de atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor ha denegado la atención que usted cree que debe recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual informa cómo pedir al plan una decisión de cobertura.

Tiene el derecho de dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** acerca de cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con antelación en estas situaciones se denominan **"directivas anticipadas".** Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para estas. Documentos llamados **"testamento en vida"** y **"poder notarial para atención médica"** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una "directiva anticipada" para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. Algunas veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que proporcionan a las personas información sobre Medicare.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Usted debe considerar tener un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Dé copias a las personas apropiadas.** Debe dar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario como la que puede tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo desea, también puede dar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado, y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si usted es admitido en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluido si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en ella, puede presentar una queja ante la Oficina de Gestión de Sistemas de Salud del Departamento de Salud de New York (New York Department of Health's Office of Health Systems Mgmt) al 1-212-417-5927.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este manual le informa lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo lidiar con todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o preocupación depende de la situación. Es posible que deba pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja) **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con esta, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden 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 a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con esta, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare.**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual *Evidencia de cobertura* para aprender lo que está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas a seguir y lo que usted paga.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos. Llame a Servicios al Miembro para informárnoslo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
  - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura en combinación cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama **"coordinación de beneficios"** porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 10).
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarle dándoles información, haciendo preguntas y siguiendo su atención.

  - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda tanto como pueda sobre sus problemas de salud y deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que tomas, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicar las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Usted debe pagar sus primas del plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o medicamento. Esto será un copago (un importe fijo) o coseguro (un porcentaje del coste total). El Capítulo 4 informa lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para conservar su cobertura de medicamentos recetados.
- Si está obligado a pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio,

tendrá un Período de inscripción especial en que puede unirse a cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.

- **Si se mida *dentro* de nuestra área de servicio, aún necesitamos saber** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También nos complace recibir cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios para llamar a Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 171
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una preocupación 171
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? 171

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros 171
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 171

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar? 172
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 172

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 173

SECCIÓN 4 Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones 173
Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: el panorama general . 173
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación 174
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación? 175

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 175
Sección 5.1 Esta sección informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le paguemos por nuestra parte del costo de su atención 175
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea) 177
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 180
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 184
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está solicitando que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica? 186

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 187
Sección 6.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte Do desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D 187

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 189
Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones 191
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 191
Sección 6.5 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de tomada por nuestro plan) 194
Sección 6.6 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 197

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 199
Sección 7.1 Durante su estadía hospitalaria, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informa acerca de sus derechos 200
Sección 7.2 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 201
Sección 7.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 203
Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 205

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto 207
Sección 8.1 *Esta sección trata de tres servicios solamente:* atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) 207
Sección 8.2 Le diremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura 208
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 209
Sección 8.4 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 211
Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 212

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 215
Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 215
Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D 216

PRESENTAR QUEJAS 218

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes 218
Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan en el proceso de quejas? 218
Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo” 220

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 221
Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad 222
Sección 10.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja 222

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una preocupación

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para manejar problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, es necesario utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la equidad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que esté teniendo. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos jurídicos técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se utiliza la menor cantidad posible de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando esté lidiando con su problema y obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar el proceso para manejar un problema o seguir adelante con dicho proceso. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene energía limitada. 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 disponibles para ayudarle. Pero en algunos casos tal vez también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede ponerse en contacto con su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP).** Este programa del gobierno ha capacitado a consejeros en todos los estados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este manual.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le ayudará.

Para averiguar qué parte de este capítulo ayudará con su problema o preocupación específica, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica en particular o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es acerca de los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no es acerca de los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: el panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que utiliza para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionar atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Estamos tomando una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por diferentes revisores que aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le damos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que discutimos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o rápida o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos no a la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una Organización de Revisión Independiente que no está conectada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, tendrá que solicitar una apelación de Nivel 2.) Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
  - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que recete debe ser nombrado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que a usted le gustaría que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le darán servicios legales gratuitos si califica.

Sin embargo **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, damos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "¿Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*Se aplica a estos servicios solamente:* atención de salud en el hogar, atención especializada en centros de enfermería y servicios de Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF)

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (el Capítulo 2, Sección 3, de este manual contiene los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de sobre "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le paguemos por nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios para atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).* Para simplificar, por lo general nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención médica o tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea, y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea darle, y usted cree que esta atención esté cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención médica que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero hemos dicho que no pagaremos por esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado por atención médica que cree que deben estar cubiertos por el plan, y desea pedir a nuestro plan que le reembolse esta atención.
5. Se le notifica que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad se reducirá o interrumpirá, y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud.
    - Nota: **Si la cobertura que será suspendida es por servicios de atención hospitalaria, atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF)**, debe leer una sección separada de este capítulo ya que se aplican reglas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:
        - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
        - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata de tres servicios solamente: atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF).

    Para *todas los demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que recibe será interrumpida, utilice esta sección (Sección 5) como su guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones está?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención o servicios médicos que desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera en que usted desea que sea cubierto o pagado.	Puede presentar una **apelación**. (Significa que nos pide que lo reconsideremos). Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina una **“determinación de la organización”.**

<u>Paso 1:</u> Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **“decisión de cobertura rápida”.**

Términos legales
A una **“decisión de cobertura rápida”** se le llama una **“determinación expedita”.**

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando esté solicitando una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

Generalmente, utilizamos los plazos estándar para darle nuestra decisión
Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo** para una solicitud **para un artículo o servicio médico podemos tomar hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo, o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarle. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo diremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una "decisión de cobertura rápida".

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
    - **Sin embargo**, para una solicitud **para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que nos falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para obtener la información para que hagamos la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está pidiendo cobertura para atención médica *que aún no ha recibido.* (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para funcionar.*

- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo diga (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
    - Esta carta le informará que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
    - La carta también le dirá cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- En general, para una decisión de cobertura rápida de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el transcurso de 72 horas.** Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
    - Como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario más bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo diremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
    - Si cree que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos nuestra respuesta en un lapso de 72 horas (o si hay un período ampliado, al final de dicho período), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación informa cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar"

- En general, para una decisión de cobertura estándar de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.** Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más ("un período de tiempo extendido") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un período ampliado, al final de dicho período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación informa cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito de por qué dijimos que no.

<u>Paso 3:</u> Si decimos no a su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión presentando una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que va al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **"reconsideración".**

Paso 1: Usted se pone en contacto con nosotros y presenta su 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 ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier fin relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando esté presentado una apelación sobre su atención médica.*
- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.**
  - Si tiene a alguien apelando nuestra decisión por usted que no sea su médico, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario "Designación de representante. También está disponible en el sitio web de Medicare, en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 *(Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando esté presentado una apelación sobre su atención médica).*
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso por escrito que enviamos para decirle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buenas causas para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relativa a su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud llamándonos)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración expedita”.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico tendrán que 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 instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, analizamos con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Comprobamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos ponernos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando estamos usando los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud nos lo requiere.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tardamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que pidió,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación si su apelación es acerca de la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aun no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación si su apelación es acerca de la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si su salud lo requiere.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta antes del plazo aplicable de arriba (o al final del período de tiempo extendido si tardamos días adicionales con su solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de 30 días calendario, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si nuestro plan dice que no a parte o a la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "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 5.4 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel de proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente".** A veces se llama "**IRE".**

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.**

- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para apoyar su apelación.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación "rápida" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación rápida con nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2 La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de **72 horas** a partir de la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede **tomar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación "estándar" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar con nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la

Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede **tomar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

- **Si la organización de revisión dice sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la revisión organización para solicitudes aceleradas.

- **Si la organización de revisión dice sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o dentro de **las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la revisión organización para **solicitudes aceleradas.**

- **Si esta organización dice que no a parte o a la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “mantener la decisión” También se llama “rechazar la apelación”).
    - Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más lejos.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).

- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador independiente. La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está solicitando que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de atención médica, comience leyendo el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que necesite solicitar el reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También nos indica cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que pide el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]).* También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica (estas reglas se indican en el Capítulo 3 de este manual: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Diremos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aun no pagó por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir sí a su solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta, o no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que informa que no pagaremos por los servicios y las razones por las que no lo haremos, en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir no a su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si pide el pago y decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede hacer una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Vaya a esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si hace una apelación para el reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos está pidiendo que le paguemos por la atención

médica que ya ha recibido y pagado por sí mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviar el pago que haya solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de sobre "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y apelaciones)?* De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte Do desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.* Para que esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso de un medicamento que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D solamente.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en vez de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para obtener detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario),* ver reglas y restricciones sobre la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 *(Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D) y el Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).*

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se discutió en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación de cobertura”.**

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*
  - Pedirnos que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
  - Solicitar pagar una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con todas las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan* pero requerimos que obtenga la aprobación de nosotros antes de que lo cubramos para usted).
  - *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la siguiente tabla para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones está?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o que renunciemos a una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Usted nos pide que hagamos una excepción. (Esta es una clase de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento incluido en nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones (como obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Usted nos pide una decisión de cobertura. Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le paguemos por un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos que le reembolsemos el pago. (Esta es una clase de decisión de cobertura). Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos por un medicamento de la manera en que desea que esté cubierto o sea pagado.	Usted puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos). Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otra persona que recete tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que recete pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Pedir cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se llama pedir una **“excepción al formulario”.**

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos, tendrá que pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una **“excepción al formulario”.**

- Las reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
  - *Que se le exija que use la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que acordemos cubrir el medicamento para usted. (A esto algunas veces se le denomina “autorización previa”).
  - *Que se le exija que pruebe un medicamento diferente primero* antes de que acordemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se llama “terapia de pasos”).
  - *Límites de cantidad* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tener.
- Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al copago o al monto de coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de menor costo compartido.** Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número de nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **“excepción de nivel”.**

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.

- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido para cualquier medicamento en el Nivel 5: Nivel de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona que recete tiene que darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que recete cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resulta igual de efectivo que el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas médicos, por lo general, no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no aprobaremos la solicitud de una excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel de costo compartido más bajo funcione bien para usted, o si es probable que causen una reacción adversa u otro cambio.

Podemos decir que sí o que no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetando el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que no a su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 dice cómo presentar una apelación si decimos que no.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Nos pide que tomemos una decisión de cobertura acerca de los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, tiene que pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience llamando, escribiendo o enviándonos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que recete) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de

nuestro sitio web. Para obtener más información, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando esté solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.* O, si nos está pidiendo que le reembolsemos el pago de un medicamento, vaya a la sección denominada *A dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibió*.

- **Usted o su médico o alguien que esté actuando en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura.** La Sección 4 de este capítulo dice cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos el reembolso por un medicamento**, comience leyendo el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que necesite solicitar el reembolso. También nos dice cómo enviarnos la documentación que nos pide que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si está solicitando una excepción, proporcione la "declaración de apoyo".** Su médico u otra persona que recete tiene que darnos las razones médicas para la excepción de medicamento que está solicitando. (A esto lo llamamos la "declaración de apoyo"). Su médico u otra persona que recete pueden enviarnos el estado de cuenta por fax o correo electrónico. O su médico u otra persona que recete pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el Formulario modelo de Solicitud de determinación de cobertura de los CMS o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web.

Términos legales
Una **"decisión de cobertura rápida"** se denomina una **"determinación de cobertura expedita".**

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una "decisión de cobertura rápida".

- Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está pidiendo cobertura para un medicamento *que aún no ha recibido.* (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para funcionar.*

- **Si su médico u otra persona que recete nos dicen que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otra persona que recete), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo diga (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
  - Esta carta le informará que, si su médico u otra persona que recete piden la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también le dirá cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le dice cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que usted recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas.**
  - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud nos lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en l apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito de por qué dijimos que no. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud nos lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, **debemos proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito de por qué dijimos que no. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es *sí* a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a hacer el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es *no* a parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito de por qué dijimos que no. También le informaremos cómo apelar.

Paso 3: Si decimos no a su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **"redeterminación".**

Paso 1: Usted se pone en contacto con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona que recete) tiene que comunicarse con nosotros.**

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o mediante nuestro sitio web, por cualquier fin relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando esté presentado una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.

- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación enviando una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacer su apelación por escrito o llámenos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** *(Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando esté presentado una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D).*
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el Formulario modelo de Solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso por escrito que enviamos para decirle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buenas causas para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en apelación y agregar más información.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relativa a su apelación.
  - Si lo desea, usted, su médico u otra persona que recete pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación expedita”.**

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y/o su médico u otra persona que recete 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” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Podemos ponernos en contacto con usted o con su médico u otra persona que recete para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito de por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y si su condición de salud lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida".
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, **debemos proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar tan rápido como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud para pagarle por un medicamento que ya compró, estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito de por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.
- Si usted está solicitando que le paguemos por un medicamento que ya ha comprado, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacer el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito de por qué dijimos que no. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decimos que no a su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que va al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa haciendo otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, el **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina la **"IRE".**

Paso 1: Para hacer una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico u otra persona que recete) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo hacer una apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede hacer esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando realice una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para apoyar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

Plazos para una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó:**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, **debemos proporcionar la cobertura** de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud para reembolsarle por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización dice que no a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "mantener la decisión" También se llama "rechazar la apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando debe cumplir con un cierto monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el monto 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 con el requisito, usted decide si desea llevar la apelación a otro nivel.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide hacer una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o mediador independiente. La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando usted es admitido en un hospital, tiene el derecho de obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que abandonará el hospital. También le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de irse.

- El día en que se va del hospital se llama su **"fecha de alta".**
- Cuando se haya decidido la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitar esto.

Sección 7.1 Durante su estadía hospitalaria, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informa acerca de sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, se le dará un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador de caso o enfermera) debe dárselo dentro de los dos días posteriores a su ingreso. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluido:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordenado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital, y saber quién pagará por ello.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”.** Solicitar una revisión inmediata es una forma formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.**

- A usted o alguien que esté actuando en su nombre se les pedirá que firmen el aviso. (La Sección 4 de este capítulo dice cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso muestra *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le da la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una preocupación sobre la calidad de la atención) si lo necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado para ser dado de alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También se puede ver el aviso en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona 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 la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debes actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que el gobierno federal les paga. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo contactarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad antes de dejar el hospital y **a más tardar en la medianoche del día de su alta.** (Su "fecha de alta planificada" es la fecha que se ha fijado para que usted salga del hospital).
  - Si cumple con este plazo, se le permite permanecer en el hospital *después* su fecha de alta *sin pagar* mientras espera para obtener la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - Si no cumple con este plazo, y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *puede tener que pagar todos los costos* por recibir atención hospitalaria después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y aun desea apelar, debe presentar su apelación directamente a nuestro plan en su lugar. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Pedir una "revisión rápida" significa que está pidiendo que la organización use los plazos "rápidos" para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

Términos legales
Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata" o **"revisión expedita".**

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo 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 cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Al mediodía del día después de que los revisores informaron a nuestro plan de su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le da su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) para usted ser dado de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se llama el **"Aviso detallado de alta".** Para obtener una muestra de este aviso si llama a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un aviso de muestra en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice que sí a su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos se aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice que no a su apelación, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *después* la Organización para la Mejora de la Calidad le da la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión dice que no a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede hacer otra apelación. Hacer otra apelación significa que usted pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise

otra vez la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelva a ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Usted debe pedir esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día, la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que no a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le dirán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Tiene que continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “mantener la decisión”.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar al próximo nivel de apelación que es administrado por un Juez de derecho administrativo o mediador independiente.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación en el Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o mediador independiente revisan su apelación.

- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede presentarnos una apelación a nosotros en su lugar

Como se explicó en la Sección 7.2, tiene que actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación sobre su alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de salir del hospital y no después de su fecha de alta planificada, lo que suceda primero). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra manera de hacer su apelación.

Si usa esta otra forma de hacer su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede hacernos una apelación por medio de una solicitud de "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina una **"apelación expedita".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando esté presentando una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de su fecha de alta planificada, comprobando si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, revisaremos toda la información sobre su estadía hospitalaria. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguió todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un período de 72 horas después de que solicite la "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si respondemos sí a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionando los servicios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que

recibió, a partir de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría. (Tiene que pagar su parte de los costos y tal vez existan limitaciones de cobertura).

- **Si decimos que no a su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina a partir del día en que dijimos que la cobertura terminaría.
  - Si permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, **puede tener que pagar todos los costos** por recibir atención hospitalaria después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted está pasando automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina la **"IRE".**

Paso 1: Automáticamente remitiremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir de que le informamos que estamos rechazando su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta del hospital.

- **Si esta organización dice sí a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (pagarle) por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar proporcionando cobertura del plan para sus servicios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Tiene que continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían afectar el monto del reembolso o el período de cobertura de los servicios médicos a nuestro cargo.
- **Si esta organización dice que no a su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
    - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar a Nivel 3 de apelación, que es manejado por un Juez de derecho administrativo o mediador independiente.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores dicen que no a su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y hace una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata de tres servicios solamente:* atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF)

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de atención solamente:

- **Servicios de atención de salud en el hogar** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes).*
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de instalaciones, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo en que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo de cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Cuando decidamos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con antelación. Cuando su cobertura para esa atención termina, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitarnos una apelación.

Sección 8.2 Le diremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.**
   - El aviso por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir la atención para usted.
   - El aviso por escrito también le dice lo que puede hacer si desea pedir a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo terminar su atención, y seguir cubriéndolo durante un período de tiempo más largo.

Términos legales
Al decirle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención. (La Sección 8.3 a continuación indica cómo puede solicitar una apelación rápida). El aviso escrito se llama el **"Aviso de no cobertura de Medicare".**

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - A usted o alguien que esté actuando en su nombre se les pedirá que firmen el aviso. (La Sección 4 informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso muestra solamente que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que usted esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe seguir. (Si considera que no cumplimos con los plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión que nuestro plan tomó.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que el gobierno federal les paga. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención recibida por las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo contactarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

¿Qué debería solicitar?

- Pida a esta organización una “apelación rápida” (para hacer una revisión independiente) de si es médicamente apropiado para nosotros terminar la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización.

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación a más tardar al mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigor del Aviso de no cobertura de Medicare.

- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aun desea apelar, debe hacer su apelación directamente a nosotros en su lugar. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo 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 cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les dimos.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación, y también recibirá un aviso por escrito de nosotros que explica en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se llama la **"Explicación detallada de no cobertura".**

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tienen toda la información que necesitan, los revisores le dirán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí a su apelación?

- Si los revisores dicen que sí a su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos se aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores dicen que no a su apelación?

- Si los revisores dicen no a su apelación, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le hayamos dicho.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha que le informamos finalizaría la cobertura, entonces **deberá pagar usted el costo completo** de esta atención médica.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Esta primera apelación que usted hace es "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que *no* a su apelación de Nivel 1, y elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya terminado, entonces usted puede presentar otra apelación.
- Hacer otra apelación significa que usted pasando al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y elige seguir recibiendo atención después de que su cobertura para la atención ha terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise otra vez la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha que le informamos finalizaría la cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelva a ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión dentro de 60 días posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que no a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud para su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le dirán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí a su apelación?

- **Tenemos que reembolsarle nuestra parte** de los costos de atención que haya recibido a partir de la fecha en que dijimos que terminaría la cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención médica hasta que sea médicamente necesario.**
- Tiene que continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos para su apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- El aviso que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar al próximo nivel de apelación que es administrado por un Juez de derecho administrativo o mediador independiente.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para 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 hacer otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o mediador independiente revisan su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede presentarnos una apelación a nosotros en su lugar

Como se explicó en la Sección 8.3, tiene que actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra manera de hacer su apelación. Si usa esta otra manera de hacer su apelación, *los dos primeros niveles de apelación funcionan de manera diferente.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede hacernos una apelación por medio de una solicitud de “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una **“apelación expedita”.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando esté presentando una apelación sobre su atención médica.*

- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, revisaremos de nuevo toda la información sobre su caso. Revisaremos si estamos siguiendo todas las reglas al establecer la fecha para terminar la cobertura del plan por los servicios que recibe.
- Utilizaremos plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un período de 72 horas después de que solicite la "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si respondemos sí a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos proporcionando los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió, a partir de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría. (Tiene que pagar su parte de los costos y tal vez existan limitaciones de cobertura).

- **Si decimos no a su apelación rápida,** entonces su cobertura terminará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.

- Si continuó recibiendo atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha que le informamos finalizaría la cobertura, entonces **deberá pagar usted el costo completo** de esta atención médica.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel de proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina la **"IRE".**

Paso 1: Automáticamente remitiremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir de que le informamos que estamos rechazando su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con este plazo u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde sí a su apelación,** entonces tenemos que reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido a partir de la fecha que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir proporcionando cobertura para su atención médica hasta que sea médicamente necesario. Tiene que continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían afectar el monto del reembolso o el período de cobertura de los servicios médicos a nuestro cargo.
- **Si esta organización dice *no* a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó a su primera apelación y no la cambiará.
    - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores no aprueban su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o mediador independiente revisan su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo informa más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta a su apelación de Nivel 2 que usted recibirá por escrito explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que incluyen apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera muy parecida. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (denominado Juez de derecho administrativo) o mediador independiente que trabajan para el gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o el mediador independiente dice sí a su apelación, el proceso de apelaciones *podría* o no haber terminado**. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - 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 de derecho administrativo o mediador independiente.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento que lo acompañe. Podemos esperar a la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.

- **Si el Juez de derecho administrativo o el mediador independiente dicen que no a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no puede haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o mediador independiente no aprueba su apelación, el aviso que usted recibirá le explicará acerca de lo que debe hacer a continuación si desea continuar con el proceso de apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* o *no* haber terminado.** Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted, si el valor del artículo o servicio médico cumple el requisito del valor en dólares.
  - 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 haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría o no haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten seguir hasta llegar a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten pasar al siguiente nivel, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez de un **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con cierto monto en dólares, puede pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta a su apelación de Nivel 2 que usted recibirá por escrito explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que incluyen apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una manera muy parecida. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (denominado Juez de derecho administrativo) o mediador independiente que trabajan para el gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proveer la cobertura de medicamentos** que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o mediador independiente **dentro de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no después de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *podría* o *no* haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o mediador independiente no aprueba su apelación, el aviso que usted recibirá le explicará acerca de lo que debe hacer a continuación si desea continuar con el proceso de apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, termina el proceso de apelaciones.** Se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proveer la cobertura de medicamentos** que haya sido aprobada por el Consejo **dentro de las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no después de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *podría* o *no* haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisión de apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten seguir hasta llegar a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten pasar al siguiente nivel, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez de un **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes

Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, entonces esta sección es *no para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Aquí hay ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Si usted tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió la información sobre usted que considera que debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con la forma en que nuestros Servicios al Miembro lo han tratado? • ¿Siente que se le está animando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado tiempo médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestros Servicios al Miembro u otro personal del plan? ○ Algunos ejemplos son esperar demasiado tiempo por teléfono, en la sala de espera, al recibir una receta o en la sala de exámenes.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a dar? • ¿Cree que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y hacer apelaciones se explica en las Secciones 4-9 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, usted utiliza ese proceso, no el proceso de queja. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si solicitó que le diéramos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y hemos rechazado su solicitud, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha hecho, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos dice que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, hay plazos que se aplican. Si considera que no cumplimos con los plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a derivar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un reclamo"

Términos legales
• Lo que en esta sección llama **"queja"** también se denomina **"reclamo".** • Otro término para **"presentar una queja"** es **"presentar un reclamo".** • Otra forma de decir **"usar el proceso de quejas"** es **"usar el proceso para presentar un reclamo".**

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros con prontitud, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios al Miembro es el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios al Miembro se lo informará. Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-844-221-7736 (para TTY, comuníquese al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre.
- **Si no desea llamar (o llamó y no estaba satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nosotros.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Puede presentar su queja dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente por escrito a: Bright Health Medicare Advantage - Appeals & Grievances, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943. También puede enviarnos su queja por fax al 1-800-894-7742 o llamar al número de Servicios al Miembro que figura al reverso de su tarjeta de identificación. Usted o alguien a quien usted nombre (por ejemplo, un pariente, amigo, abogado, defensor, médico o cualquier otra persona para actuar por usted) pueden presentar una queja. La persona a la que nombra sería su "Representante autorizado". Para saber cómo designar a su representante, puede llamar al número de Servicios al Miembro que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.
- Debemos atender su queja tan pronto como su caso lo requiera en función de su estado de salud, pero no más tarde de 30 días después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si solicita la extensión, o si justificamos una necesidad de información adicional y el retraso es en su mejor interés. Si ampliamos el plazo para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si su queja es sobre la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar esa queja por discriminación llamando al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación o escribiéndonos a: Bright Health, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios al Miembro de inmediato.** La queja debe hacerse dentro de los 60 días calendario después de que usted tuvo el problema del que desea quejarse.
- **Si está presentando una queja porque negamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una queja "rápida".** Si tiene una queja "rápida", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**

Términos legales
Lo que en esta sección se llama una **"queja rápida"** también se denomina un **"reclamo expedito".**

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responde en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es en su mejor interés o si usted pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, no nos responsabilizamos por el problema sobre el cual reclama, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Nos puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió usando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja se trate de 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 a esta organización (*sin* presentar la queja a nosotros).
  - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada 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 en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si desea, nos puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención y también a la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Bright Advantage Assist (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 225
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la terminación de su membresía en nuestro plan 225

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 225
Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual 225
Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 226
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial 226
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 228

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 228
Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan 228

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 230
Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan 230

SECCIÓN 5 Bright Advantage Assist (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones 230
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? 230
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud 231
Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en el plan 231

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la terminación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Bright Advantage Assist (HMO) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Se puede retirar de nuestro plan porque decidió que quiere irse.
  - Solo existen algunos períodos del año, o determinadas situaciones, en los que puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le indica cuándo puede terminar la membresía del plan.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de nueva cobertura que esté eligiendo. La Sección 3 le indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide irse, pero estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar 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 otras épocas del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto sucede del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede optar por 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 los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
  - Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

- – *o bien* – Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
  - Finalizar su membresía en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Bright Advantage Assist (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otras épocas 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 usted, puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para ver la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - Por lo general, cuando se ha mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si usted es elegible para "Ayuda adicional" con el pago de sus recetas de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
  - Si se inscribe en el Programa de Cuidado de la Salud Todo Incluido (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
  - Nota: Si usted está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le informa más acerca de los programas de manejo de medicamentos.

- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si usted es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - – *o bien* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

  Nota: Si cancela la inscripción de un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, por 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 después en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2021***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en otoño. Las personas nuevas en Medicare lo reciben en el término de un mes después de registrarse.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número siguiente.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 en este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- --*o*-- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela la inscripción de un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, por 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 después en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Usted será automáticamente dado de baja de Bright Advantage Assist (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Bright Advantage Assist (HMO) cuando su nueva cobertura comience.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. ○ **Nota:** Si cancela la inscripción de un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud por escrito para que se cancele su inscripción.** Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). • También puede comunicarse con **Medicare,** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en Bright Advantage Assist (HMO) cuando su cobertura en Original Medicare comience.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si abandona Bright Advantage Assist (HMO), puede tomar tiempo antes de que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare entre en vigor. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que termina su membresía, su estadía en el hospital generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si usted es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Bright Advantage Assist (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Bright Advantage Assist (HMO) debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio por más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar al que se está mudando o viajando está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es un ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).

- Si se comporta continuamente de una manera que es disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si terminamos su membresía debido a esta razón, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 3 meses.
  - Debemos notificarle por escrito que tiene 3 meses para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
- Si tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso y no lo paga, el Medicare cancelará la inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

Bright Advantage Assist (HMO) no está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le pide que abandone nuestro plan debido a una razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en el plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle nuestras razones por escrito para terminar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede buscar en el Capítulo 9, Sección 10, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 234

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 234

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 234

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes rigen esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicarse porque así lo requiere la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible, otras leyes que se apliquen a las organizaciones que reciban fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro puede ayudar.

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 de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en el Título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Bright Advantage Assist (HMO), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce según las regulaciones de los CMS contenidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley del estado.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso involucrado en la presentación de una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función de dónde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de salud en el hogar: Un asistente de salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o llevar a cabo los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención de custodia: La atención de custodia o atención de apoyo es la atención personal proporcionada en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos o en otra instalación, cuando usted necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es la atención personal que pueden proporcionar las personas que no tienen habilidades profesionales o capacitación, como la ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de custodia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención del Centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada prestados de forma continua y diaria, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados especializados en centros de enfermería incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser dadas por un enfermero o médico registrado.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red recibe “autorización previa” de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Cancelación de inscripción o cancelación de la membresía: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no por su propia elección).

Cantidad de desembolso directo máxima: Es lo máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos de proveedores de red. Las cantidades que pague por primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por sus medicamentos recetados no cuentan para la cantidad de desembolso directo máxima. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre la cantidad máxima de desembolso directo.

Centro de cuidados paliativos: Un miembro que tiene 6 meses o menos para vivir tiene el derecho de elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aun puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF): Un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios para patología del habla y del lenguaje, y evaluación del entorno doméstico.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más tarde.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Copago: Una cantidad que se le puede requerir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, visita hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un importe establecido, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por la visita al médico o un medicamento recetado.

Coseguro: Una cantidad que se le puede requerir que pague como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de que pague cualquier deducible. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Costo compartido: El costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). El costo compartido

incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda imponer antes de que los servicios o medicamentos estén cubiertos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una "tasa diaria de costo compartido" cuando su médico le recete menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago.

Costos de desembolso directo: Consulte la definición de "costo compartido" arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar por una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo "de desembolso directo" del miembro.

Deducible: La cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y la cantidad, si la hay, que está obligado a pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El Plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica se da cuando usted o cualquier otra persona prudente y sin autoridad en la materia, con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos incluyen una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Determinados equipos médicos que su médico solicita por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas para colchones, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

Estadía hospitalaria: Una estadía hospitalaria es cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos calificados. Incluso si permanece durante la noche en el hospital, aun puede ser considerado como un "paciente ambulatorio".

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago bajo o coseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado $6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre por el año han alcanzado $4,130.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro archivo adjunto, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción de formulario), u obtener un medicamento no preferido en el nivel de menor costo compartido preferido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción de formulario).

Facturación de saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más de la cantidad de costo compartido permitida del plan. Como miembro de Bright Advantage Assist (HMO), usted solo debe pagar los montos de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” ni le cobren más que la cantidad de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de cobertura*, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no está cubierta por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Indicación aceptada médicamente: Un uso de un medicamento que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación aceptada médicamente.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura bajo la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. Esta lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumple con los estándares de práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso por estar cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicamentos genéricos: Un medicamento recetado que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona igual que el medicamento de marca y suele costar menos.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un Programa de Cuidado de la Salud Todo Incluido (PACE), un Plan de Costos de Medicare o un Plan Medicare Advantage.

Miembro (Miembro de nuestro plan, o "Miembro del plan"): Una persona con Medicare que es 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 los ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ve afectada, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Una cantidad agregada a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más, después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga esta cantidad más alta siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica al que el gobierno federal paga para que revisen y mejoren la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo contactar a la QIO para su estado.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare de "Pago por Servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado, como planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por los montos de pago de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica establecidos por el Congreso. Puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro hospitalario) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: Consulte "Plan Medicare Advantage (MA) Plan".

Parte D: El Programa voluntario de Beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar la referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Período de beneficios: La forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando le dan de alta. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Un tiempo establecido cada año en que los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en cualquier momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1.º de enero al 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare.

Período de inscripción anual: Un período establecido cada otoño en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiar a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: Un período establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando tiene 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de Costos de Medicare: Un Plan de Costos de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de acuerdo con un contrato de costo reembolsado en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos, o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Necesidades Especiales Institucional (SNP): Un Plan de Necesidades Especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para retrasados mentales (ICF/MR) o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un Plan de Necesidades Especiales Institucional que sirva a residentes de Medicare de instalaciones de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) las instalaciones específicas de LTC.

Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (SNP) – Un Plan de Necesidades Especiales Institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del Estado respectivo y administrada por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado, si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de red o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido del miembro será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de desembolso directo por los servicios recibidos de proveedores de red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de desembolso directo combinados totales para los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Programas de Demostración/Pilotos y Programas de Atención Todo Incluido para Ancianos (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, un plan de Pago por servicio privado (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para unirse a cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un plan PACE (Programas de atención todo incluido para ancianos) combina servicios médicos, sociales y atención a largo plazo (LTC) para ancianos, para ayudarlos a mantenerse independientes y vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos), por el mayor tiempo 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 de nuestro plan.

Póliza "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare): Medicare complementa el seguro vendido por compañías de seguros privadas para cubrir "vacíos" en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de medicamentos recetados o de salud.

Programa de Descuento para el Vacío de Cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa de vacío de cobertura y todavía no están recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

Prótesis y ortopedia: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a, brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que usted ve primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención médica y derivarlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos "proveedores de la red" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago en su totalidad, y en algunos casos para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les puede denominar "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o instalación fuera de la red: Un proveedor o instalación con el que no hemos dispuesto coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, propietarios o son operados por nuestro plan o no están bajo contrato para prestarle servicios cubiertos. El uso de proveedores o instalaciones fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.

Queja: Un tipo de reclamo que usted hace sobre nosotros o una farmacia, incluido un reclamo acerca de la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no implica disputas de cobertura o pago.

Reclamo: El nombre formal para "presentar un reclamo" es "presentar una queja". El proceso de reclamos se usa únicamente para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados

con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Queja", en esta lista de definiciones.

Red: Los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica o proveedores que tienen un acuerdo con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros y de aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. (Consulte el Capítulo 1, Sección 3.2)

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios al Miembro: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicios al Miembro.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros que nuestro plan cubre.

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 las Partes A y B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección que no sea de emergencia, imprevista, que requiera atención médica de inmediato. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente.

Subsidio de bajos ingresos (LIS): Consulte "Ayuda adicional".

Tarifa de despacho: Una tarifa cobrada cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de despacho cubre los costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Tasa diaria de costo compartido: Una "tasa diaria de costo compartido" se puede aplicar cuando su médico le recete menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento de un mes es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tasa diaria de costo compartido" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surte su receta.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

Aviso de no discriminación y asistencia con la comunicación

Bright Health no excluye, niega beneficios a ninguna persona ni discrimina a ninguna persona con base en el sexo, la edad, la raza, el color, el origen nacional o una discapacidad. “Bright Health” significa planes de Bright Health y sus afiliados.

Asistencia de idiomas y formatos alternativos:
La asistencia está disponible *sin costo alguno* para ayudarle a comunicarse con nosotros. Los servicios incluyen, entre otros:

- Intérpretes para idiomas distintos del inglés;
- Información escrita en formatos alternativos, como impreso en letra grande; y
- Asistencia con la lectura de sitios web de Bright Health.

Para solicitar ayuda con estos servicios, llame al **1-844-221-7736**.

Si considera que no le proporcionamos asistencia en el idioma o formato alternativos, o que fue discriminado debido a su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a:

Bright Health Civil Rights Coordinator
PO Box 853943
Richardson, TX 75085-3943
Teléfono: **1-844-202-2154**
Correo electrónico: OAG@brighthealthplan.com

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- **En línea: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**
- Los formularios de quejas están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**
- **Teléfono:** Línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo postal:** U.S Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda con su queja, llame al **1-844-202-2154.** Debe enviar la queja dentro de los 60 días posteriores a la detección del problema.

Asistencia de idiomas y formatos alternativos
Esta información está disponible en otros formatos, como impreso en letra grande. Para solicitarla en otro formato, llame al **1-844-221-7736**.

English	ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (844) 221-7736.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (844) 221-7736.
Chinese (S)	注意：如果您使用的语言并非英语，则可获得免费的语言协助服务请拨打电话 (844) 221-7736。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فخدمات المساعدة اللغوية متاحة من أجلك، دون تكلفة. بالرقم 221-7736 (844).
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি ইংরাজী ব্যতীত অন্য কোনও ভাষায় কথা বলেন তাহলে ভাষা সহায়তা সংক্রান্ত পরিষেবাগুলি নিখরচায় আপনার জন্য উপলব্ধ। (844) 221-7736 নম্বরে কল করুন।
French	ATTENTION : Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez (844) 221-7736.
German	ACHTUNG: Falls Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, steht Ihnen eine kostenfreie fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie die (844) 221-7736.
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε κάποια γλώσσα διαφορετική από τα Αγγλικά, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε το (844) 221-7736.
Italian	ATTENZIONE: se parla una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero (844) 221-7736.
Japanese	ご注意：英語以外の言語を話される場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。(844) 221-7736 までお電話ください。
Korean	주의: 영어가 아닌 다른 언어를 사용할 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 연락하십시오(844) 221-7736으로
Polish	UWAGA: Jeśli nie mówisz po angielsku, możesz skorzystać z darmowych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer (844) 221-7736.
Portuguese	ATENÇÃO: Se falar um idioma que não o inglês, estão disponíveis serviços gratuitos de assistência de idioma para si. Contacte o número (844) 221-7736.
Russian	ВНИМАНИЕ: если вы не говорите на английском языке, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните по телефону (844) 221-7736.
Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng isang wika bukod sa Ingles, magagamit mo ang mga serbisyong tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (844) 221-7736.
Urdu	دھیان دیں: اگر آپ انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بولتے ہیں تو، آپ کے لئے زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ 221-7736 (844) پر کال کریں۔
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói một thứ tiếng nào khác ngoài tiếng Anh, bạn sẽ được cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Gọi số (844) 221-7736.

Navajo	SHOOH: Biligáanaa bizaad doo dints'a'gó ata' hane' t'áájííkeh hólǫ́. Béésh bee hodíilni (844) 221-7736.
Amharic	ማሳሰብያ: ከእንግሊዝኛ ውጪ የሆነ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ከክፍያ ነጻ የሆኑ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይችላሉ፡፡ በ (844) 221-7736 ይደውሉ፡፡
Burmese	သင်သည် အင်္ဂလိပ်စကားမဟုတ်သော အခြားဘာသာစကားတစ်ခုအား ပြောဆိုသူဖြစ်ပါက ဘာသာစကားအခမဲ့ပံ့ပိုးသည့် ဝန်ဆောင်မှုအား သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့် ID (သက်သေခံ) ကတ်ပြားပေါ်ရှိ အဖွဲ့ဝင်များဝန်ဆောင်မှုဌာန (844) 221-7736 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Cherokee	ᏗᎾᏍᏓᏅ: ᎦᏚ ᏑᏟᏅᏍᏗᏲᏙᏗ ᏗᏟᏅᏍᏗᏲ ᏏᏩᏏ, ᏑᏟᏅᏍᏗᏲᏙᏗ ᎠᏕᎶᏏᏕᏅᏍᏗᏲᏙᏗ ᏔᏗᏚᏛᏁᏗᏘᏗ, ᏥᏗᏁᏅᏍᏗᏲᏙᏗ ᏥᏍᏆᏍᏗᏲᏙᏗ ᏏᏗᏍᏗᏲᏙᏗ ᏗᏥᏍᏗᏲᏙᏗ ᏗᏥᏍᏗᏲᏙᏗ ᏗᏥ

Serbo-Croatian PAŽNJA: ako ne govorite engleski, nego neki drugi jezik, na raspolaganju su vam besplatne usluge jezične pomoći. Nazovite (844) 221-7736.

Syriac

ܐܝܠܐ ܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܠܐ ܡܫܬܡܫܝܢ ܐܢܬܘܢ ܒܠܫܢܐ ܫܠܡܐ ܐܢܬܘܢ ܙܡܝܢܝܢ ܠܟܘܢ ܡܬܢܝܬܐ ܕܠܫܢܢܐ ܡܣܥܕܢܝܬܐ ܡܢܗ ܠܡܨܠܬܐ ܠܡܣܦܪܐ (844) 221 7736

Thai ข้อควรทราบ: หากคุณใช้ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ เรามีบริการความช่วยเหลือทางภาษาจัดให้แก่คุณโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ (844) 221-7736.

Turkish DİKKAT: İngilizce haricinde bir dil konuşuyorsanız, dil yardım hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilirsiniz. (844) 221-7736 numaralı hattı arayın.

Ukrainian УВАГА: якщо ви не розмовляєте англійською, то можете скористатися безкоштовними послугами мовної підтримки. Зателефонуйте за телефоном (844) 221-7736.

Yidddish

אַכטונג: אויב איר רעדן אַן אַנדער שפּראַך ווי ענגליש, שפּראַך הילף באַדינען, פֿריי פֿון אָפּצאָל, זײַנען פֿאַראַנען פֿאַר אײַך. אָנקלינגט (844) 221-7736

Servicios al Miembro de Bright Advantage Assist (HMO)

Método	Servicios al Miembro: Información de contacto
LLAME	(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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de intérprete de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	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, del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes, del 1 de abril a 30 de septiembre
FAX	1-800-325-8115
ESCRIBA	Bright Health Medicare Advantage Member Services P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
SITIO WEB	https://brighthealthplan.com/medicare-advantage

Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros Médicos de New York (HIICAP)

El Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros Médicos de New York (HIICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento de seguro médico local gratuito a personas con Medicare.

Método	Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros Médicos de New York (HIICAP): Información de contacto
LLAME	1-800-701-0501
TTY	711
ESCRIBA	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITIO WEB	www.aging.ny.gov/HealthBenefits/

Declaración de divulgación de PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeles de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*