

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP 2025 Evidencia de Cobertura



ALTCS 015

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y los servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Banner Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

Este documento le proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Banner Medicare Advantage Dual, es ofrecido por Banner Medicare Advantage (que hace negocios bajo el nombre Banner Medicare Advantage Dual). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Banner Medicare Advantage (que hace negocios bajo el nombre Banner Medicare Advantage Dual). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Banner Medicare Advantage Dual).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener más información, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente o consulte esta Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que han sido afectadas con al menos 30 días de antelación.

Este documento explica sus prestaciones y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita ayuda adicional; y
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

H4931_MApd015E25_C

Evidencia de cobertura de 2025

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción6

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....8

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá10

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Banner Medicare Advantage Dual.....12

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual14

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de membresía del plan15

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan15

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*..... 17

SECCIÓN 1 Contactos de Banner Medicare Advantage Dual (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente)18

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....22

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)23

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad24

SECCIÓN 5 Seguro Social25

SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid).....26

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta27

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios29

SECCIÓN 9 Puede obtener asistencia de la Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona.....30

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos* 31

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios médicos como miembro de nuestro plan32

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios34

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....37

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?39

| | | |
|---|---|------------|
| SECCIÓN 5 | ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? | 40 |
| SECCIÓN 6 | Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica | 42 |
| SECCIÓN 7 | Normas para la posesión de equipo médico duradero | 43 |
| CAPÍTULO 4: <i>Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)</i>..... | | 45 |
| SECCIÓN 1 | Cómo comprender los servicios cubiertos | 46 |
| SECCIÓN 2 | Utilice la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto | 46 |
| SECCIÓN 3 | ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Banner Medicare Advantage Dual? | 107 |
| SECCIÓN 4 | ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? | 112 |
| CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i> | | 115 |
| SECCIÓN 1 | Introducción | 116 |
| SECCIÓN 2 | Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan | 117 |
| SECCIÓN 3 | Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan | 120 |
| SECCIÓN 4 | Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos | 122 |
| SECCIÓN 5 | ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? | 123 |
| SECCIÓN 6 | ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? | 125 |
| SECCIÓN 7 | ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan? | 128 |
| SECCIÓN 8 | Cómo obtener un medicamento con receta | 129 |
| SECCIÓN 9 | Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales | 129 |
| SECCIÓN 10 | Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos | 130 |
| SECCIÓN 11 | Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra | 133 |
| CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i> | | 135 |
| CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i> | | 137 |
| SECCIÓN 1 | Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos | 138 |
| SECCIÓN 2 | Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió | 140 |
| SECCIÓN 3 | Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no | 141 |

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 201

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

| | |
|--------------------|--|
| Sección 1.1 | Usted está inscrito en Banner Medicare Advantage Dual, un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales) |
|--------------------|--|

Usted está cubierto tanto por Medicare como por el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) (Medicaid):

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

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare y AHCCCS (Medicaid) a través de nuestro plan, Banner Medicare Advantage Dual. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

Banner Medicare Advantage Dual es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Banner Medicare Advantage Dual está diseñado para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a asistencia de AHCCCS (Medicaid).

Debido a que usted recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid) con su costo compartido de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. Recibirá también “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta. Banner Medicare Advantage Dual le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a la que tiene derecho.

Banner Medicare Advantage Dual es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Nos complace brindar su cobertura para atención médica de Medicare y AHCCCS (Medicaid), incluida su cobertura para medicamentos con receta.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener su atención médica y sus medicamentos con receta de Medicare y AHCCCS (Medicaid). Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Banner Medicare Advantage Dual.

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Banner Medicare Advantage Dual desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

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

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Banner Medicare Advantage Dual cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (en la Sección 2.3, a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro dos meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de supuesta elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es AHCCCS (Medicaid)?

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

Además, hay programas que se ofrecen a través de AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años. Puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de estas categorías de AHCCCS (Medicaid):

- **Beneficio completo de doble elegibilidad (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Una persona que está inscrita en un plan de salud de AHCCCS (Medicaid) para los servicios completos de Medicaid (beneficios de AHCCCS) y que también recibe los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Se considera que estas personas son miembros con doble elegibilidad para beneficios completos e incluye el Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB Plus) y otras poblaciones con doble elegibilidad para beneficios completos (Otras FBDE-AHCCCS Freedom to Work). El miembro con doble elegibilidad para beneficios completos no incluye a aquellas personas inscritas en AHCCCS (Medicaid) en las siguientes categorías poblacionales solo

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

a través de una población del Programa de ahorros de Medicare (y recibe de AHCCCS solo asistencia para el costo compartido de Medicare): solo beneficiario calificado de Medicare (solo QMB), solo beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary) (solo SLMB) o persona calificada-1 (Qualified Individual, QI-1).

- **Beneficiario calificado de Medicare con beneficios de AHCCCS (Medicaid) (QMB Plus):** Un individuo que es un miembro con doble elegibilidad para beneficio completo con derecho a Medicare cumple con el estándar de ingreso federal de igual o menos del 100% del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) y se determina que es elegible para los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid). Para un miembro con doble elegibilidad para beneficio completo de QMB Plus, AHCCCS (Medicaid) proporcionará el pago de la prima aplicable de la Parte A de Medicare, la prima aplicable de la Parte B de Medicare, las cantidades de coseguro de Medicare y los deducibles de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare.
- **Otra doble elegibilidad para beneficios completos (no QMB) (Freedom to Work):** Un individuo con derecho a Medicare no cumple con los criterios de ingresos categóricos de QMB Plus ni SMB Plus, pero se determina que es elegible para los beneficios completos de AHCCCS (miembro de Freedom to Work). Para un miembro con doble elegibilidad para beneficio completo de otro plan, AHCCCS (Medicaid) no proporcionará el pago de las primas de la Parte A ni Parte B de Medicare.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 2.3 | Esta es el área de servicio del plan para Banner Medicare Advantage Dual |
|--------------------|---|

Banner Medicare Advantage Dual se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Arizona: Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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

| | |
|--------------------|--|
| Sección 2.4 | Ciudadanía estadounidense o presencia legal |
|--------------------|--|

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

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

 **Banner**
Medicare Advantage.

Plan ID: XXXXXXXXXX

Health Plan: (80840)

Member ID#

<SMPLXXX>

AHCCCS ID#

<SMPLXXX>

Subscriber

<First><Last>

Vision: VSP

Dental: DentaQuest

 EXPRESS SCRIPTS™

RxBin XXXXXX

RxPCN XXXXXXXXXX

RxGrp XXXXXXXX

 **MedicareRx**
Prescription Drug Coverage

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP

Banner Dual

www.BannerHealth.com/MA

Eligibility/Customer Care Center

877-874-3930, TTY 711

8 a.m. to 8 p.m., seven days a week

24/7 Nurse On Call

888-747-7990

Express Scripts

Pharmacy Help Desk

800-922-1557

Medical Claims

Banner Dual Claims Dept.

P.O. Box 38549

Phoenix, AZ 85069

Claims Electronic ID#: 09830

Vision Claims

855-492-9028

Dental Claims

P.O. Box 2906

Milwaukee, WI 53201-2906

800-440-3408

Prior authorization may be required for certain services.

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de Banner Medicare Advantage Dual, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados “ensayos clínicos”.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, la pierde o se la roban, llame de inmediato a nuestro Centro de Atención al Cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores actuales de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe utilizar los proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no se encuentre disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Banner Medicare Advantage Dual autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (en formato electrónico o en papel) a través de nuestro Centro de Atención al Cliente. Las solicitudes de copias de los *Directorios de proveedores* en papel se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias*, www.BannerHealth.com/MA, figuran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de nuestro Centro de Atención al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla. Esta lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Banner Medicare Advantage Dual. El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Banner Medicare Advantage Dual.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.BannerHealth.com/MA) o llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Banner Medicare Advantage Dual

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4).

| |
|--|
| Sección 4.1 Prima del plan |
|--|

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan Banner Medicare Advantage Dual.

| |
|---|
| Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare |
|---|

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) y tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Banner Medicare Advantage Dual, AHCCCS (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si AHCCCS (Medicaid) no paga las primas de Medicare por usted, deberá continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima.

| |
|--|
| Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D |
|--|

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si la pierde, puede incurrir en la LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta. Cobertura acreditada para medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin una cobertura acreditada por menos de 63 días consecutivos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Ha obtenido una cobertura acreditada para medicamentos por medio de otra fuente, tal como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditada. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Todo aviso deberá indicar que contaba con una cobertura acreditada para medicamentos con receta que se preveía que pagaría la misma cantidad que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura acreditada para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en que no tuvo cobertura acreditada para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditada. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, la cantidad promedio de la prima es de \$36.78; prima base nacional del beneficiario.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$36.78, que es igual a \$5.149. Esto se redondea a \$5.10. Esta cantidad se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para las personas que cumplen 65 años.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si esta cantidad supera una determinada cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que deba pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si la cantidad de su cheque de beneficios no cubre la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga la cantidad adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar una cantidad adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

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

Sin embargo, en algunos casos, puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía adeudada. O tener que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluidos el proveedor de atención primaria/grupo médico.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o AHCCCS [Medicaid]).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

(una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Banner Medicare Advantage Dual **(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente)**

Cómo comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Centro de Atención al Cliente de Banner Medicare Advantage Dual. Con gusto lo ayudaremos.

| Método | Centro de Atención al Cliente: información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 877-874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Nuestro Centro de Atención al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| FAX | 520-874-3434 |
| ESCRIBA A | Banner Medicare Advantage Dual Attn: Customer Care Center 5255 E Williams Circle, Ste 2050 Tucson, AZ 85711 |
| SITIO WEB | www.BannerHealth.com/MA |

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

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

| Método | Decisiones de cobertura por atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 877-874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| FAX | Atención médica: 520-874-3418 o 866-210-0512 Medicamentos recetados de la Parte D: 833-951-1682 |
| ESCRIBA A | Banner Medicare Advantage Dual Attn: Customer Care Center 5255 E Williams Circle, Ste 2050 Tucson, AZ 85711 |
| SITIO WEB | www.BannerHealth.com/MA |

| Método | Apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 877-874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| FAX | 866-873-0029 |
| ESCRIBA A | Banner Medicare Advantage Dual Attn: Medicare Appeals 5255 E Williams Circle, Ste 2050 Tucson, AZ 85711 |
| SITIO WEB | www.BannerHealth.com/MA |

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Quejas sobre la atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto |
|------------------------------|---|
| LLAME AL | 877-874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| FAX | 866-873-0029 |
| ESCRIBA A | Banner Medicare Advantage Dual Attn: Grievances & Appeals 5255 E Williams Circle, Ste 2050 Tucson, AZ 85711 |
| SITIO WEB DE MEDICARE | Puede presentar una queja sobre Banner Medicare Advantage Dual directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . |

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibí

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (tal como la factura de un proveedor) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

| Método | Solicitudes de pago para atención médica: información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 877-874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| FAX | 520-394-4064 |
| ESCRIBA A | Banner Medicare Advantage Dual Attn: Customer Care Center 5255 E Williams Circle, Ste 2050 Tucson, AZ 85711 |
| SITIO WEB | www.BannerHealth.com/MA |

| Método | Solicitudes de pago para medicamentos con receta: información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 877-874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| FAX | 608-741-5483 |
| ESCRIBA A | Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718 |
| SITIO WEB | www.BannerHealth.com/MA |

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

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

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

| Método | Medicare: información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| TTY | 1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. |
| SITIO WEB | www.Medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, doctores, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare (Medicare Eligibility Tool): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. |

| Método | Medicare: información de contacto |
|---------------------------------|--|
| SITIO WEB (continuación) | <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Banner Medicare Advantage Dual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Banner Medicare Advantage Dual directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán junto a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p> |

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona.

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare, así como a entender las opciones de planes que tiene con Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.shiphelp.org (haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DEL SHIP] en el centro de la página).
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos para su estado.

| Método | Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona: información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 800-432-4040 |
| TTY | 711 |
| ESCRIBA A | Arizona SHIP 1789 W. Jefferson Street, Site Code 950A Phoenix, AZ 85007 |
| SITIO WEB | des.az.gov |

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Arizona, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Livanta BFCC-QIO.

Livanta BFCC-QIO está integrada por un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta BFCC-QIO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta BFCC-QIO:

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

| Método | Livanta BFCC-QIO (Organización para la mejora de la calidad de Arizona): información de contacto |
|-----------------|---|
| LLAME AL | 877-588-1123 El horario de atención es de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. y sábados, domingos y días festivos, de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. |
| TTY | 855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |

| Método | Livanta BFCC-QIO (Organización para la mejora de la calidad de Arizona): información de contacto |
|------------------|---|
| ESCRIBA A | Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 |
| SITIO WEB | www.livantaqio.com |

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

| Método | Seguro Social: información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día. |
| TTY | 1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. |
| SITIO WEB | www.ssa.gov |

SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid)

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Como miembro de este plan, está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid).

Como proveedor de cobertura secundaria, AHCCCS (Medicaid) puede proporcionar beneficios adicionales no cubiertos por los planes de Medicare Advantage. Para revisar los beneficios cubiertos por AHCCCS (Medicaid), consulte en la Sección 2 del Capítulo 4 la tabla titulada Beneficios para 2025, Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona, Plan para Necesidades Especiales de Medicare Advantage para Miembros con Doble Elegibilidad. Banner Medicare Advantage Dual le ayudará a coordinar los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid) si está inscrito en Banner – University Family Care para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Los miembros inscritos en otro plan de salud para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) tendrán que ponerse en contacto con el plan para ayudar a coordinar los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid).

Este documento explica los beneficios y servicios proporcionados a través de Banner Medicare Advantage Dual. Banner Medicare Advantage Dual cubre todos los servicios cubiertos por Medicare, así como algunos beneficios y servicios no cubiertos por Medicare Original, como los servicios dentales, auditivos y oftalmológicos de rutina. Dado que Medicare proporciona la cobertura principal (AHCCCS (Medicaid) es secundaria), usted obtendrá la mayor parte de su atención médica a través de Banner Medicare Advantage Dual.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad o necesita ayuda de AHCCCS (Medicaid), póngase en contacto con el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS).

| Método | Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS): información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 855-432-7587 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. |
| TTY | 800-842-6520 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| ESCRIBA A | AHCCCS 801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034 |
| SITIO WEB | www.azahcccs.gov |

La Ayuda de Ombudsman a Ciudadanos de Arizona brinda asistencia a las personas inscritas en AHCCCS (Medicaid) con problemas relacionados con el servicio o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación con nuestro plan.

| Método | Ayuda de Ombudsman a ciudadanos de Arizona: información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 602-277-7292 Horas de oficina: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. |
| TTY | 602-542-3323 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| ESCRIBA A | Arizona Ombudsman - Citizens' Aide 2020 N Central Ave., Suite 570 Phoenix, AZ 85004 ombuds@azoca.gov |
| SITIO WEB | www.azoca.gov/ |

El Programa Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Arizona ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familiares.

| Método | Programa Ombudsman de atención a largo plazo de Arizona: información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 602-542-6454, interno 9 Horas de oficina: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. |
| TTY | 602-542-3323 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| ESCRIBA A | Office of Arizona Long-Term Care Ombudsman Program 1789 W. Jefferson Street; Mail Drop 6288 Phoenix, AZ 85007 Correo electrónico: ltcop@azdes.gov |
| SITIO WEB | des.az.gov/LTCOP |

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

El sitio web Medicare.gov (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que es elegible para el AHCCCS (Medicaid), usted reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No tiene que hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado (para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan cuenta con un proceso para que solicite asistencia para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto o para proporcionarnos dichas pruebas si ya cuenta con ellas.

- Para solicitar ayuda a fin de obtener las mejores pruebas disponibles, usted o un representante puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente. O, si tiene la mejor documentación probatoria disponible, puede enviárnosla por correo o por fax a:

Correo:

Banner Medicare Advantage Dual
Attn: Pharmacy
5255 E Williams Circle, Ste 2050
Tucson, AZ 85711

Fax: 833-951-1682 (Attn: Pharmacy)

- Cuando se ponga en contacto con nosotros, verificaremos si hay una discrepancia y si podemos resolver la discrepancia con respecto a su Ayuda adicional basándonos en la información a la que tenemos acceso. En algunos casos, es posible que tengamos que pedirle que aporte documentación si la tiene disponible. Si no dispone de documentación, intentaremos verificar el estado de su Ayuda adicional a través de los canales de comunicación y de acuerdo con las directrices establecidas por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la cantidad de su sobrepago o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una cantidad que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP, reúnen los requisitos para la asistencia con los costos compartidos con medicamentos recetados a través del ADAP de Arizona.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 602-364-3610 o al 800-334-1540.

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

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

SECCIÓN 9 Puede obtener asistencia de la Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona

La Agencia de Área sobre el Envejecimiento es una agencia sin ánimo de lucro que ayuda a los adultos mayores, a las personas con discapacidad, a las personas con VIH/SIDA y a los cuidadores con programas y servicios.

| Método | Agencia de área sobre el envejecimiento de Arizona: información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | Condado de Maricopa: 602-264-2255 Condado de Pima: 520-790-0504 Condados de Pinal y Gila: 800-293-9393 Condados de La Paz y Yuma: 928-782-1886 Condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz: 520-432-2528 |
| TTY | TEXTO 520-775-1899 SMS (Servicio de mensajes cortos) |
| ESCRIBA A | Arizona Department of Economic Security (Maricopa County) Division of Aging and Adult Services (DAAS) 1789 W. Jefferson Street, Site Code 950A Phoenix, AZ 85007 |
| SITIO WEB | des.az.gov |

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios médicos como miembro de nuestro plan

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

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios médicos cubre nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto*).

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

- Los **proveedores** son los doctores y otros profesionales de atención médica autorizados por el Estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, no paga nada o solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios que cubre el plan

Como un plan de salud de Medicare y AHCCCS (Medicaid), Banner Medicare Advantage Dual debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original.

Banner Medicare Advantage Dual cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación para que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina “darle una derivación”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted reciba atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare o AHCCCS (Medicaid) exige que cubra nuestro plan, y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Su PCP debe obtener una autorización previa de nuestro plan antes de buscar atención fuera de nuestra red. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre cómo conseguir autorización para consultar a un doctor fuera de la red, remítase a la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente, y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios****Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención****¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

Cuando se inscribe como miembro en nuestro plan, debe elegir un PCP. Su PCP es un doctor de medicina general, medicina interna o medicina familiar o un enfermero practicante que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica.

Como explicamos a continuación, usted recibirá la atención rutinaria o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, cuando necesite un servicio que no esté cubierto por nuestro plan, su PCP deberá presentar una solicitud de “autorización previa” para obtener este servicio.

¿Cómo elige al PCP?

Es posible que ya tenga un PCP que esté en nuestra red de proveedores. Podemos ayudarlo si no sabe quién es su PCP o si necesita ayuda para elegir o cambiar su PCP. Puede elegir otro PCP escribiéndonos o llamando a nuestro Centro de Atención al Cliente. Díganos que es un miembro del plan que necesita cambiar su PCP.

Puede encontrar una lista de nuestros PCP en el *Directorio de proveedores* o en nuestra página web. Nuestro Centro de Atención al Cliente también podrá ofrecerle información más actualizada, ayudarlo a encontrar un PCP cerca de su casa y asistirlo si necesita encontrar un doctor que hable un idioma distinto del inglés.

Es importante que elija un PCP que le haga sentirse cómodo. Debe permanecer con ese proveedor para recibir la mejor atención posible. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan, incluida la autorización previa, cuando sea necesaria, de nuestro plan.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar su PCP, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. El cambio de PCP entrará en vigor inmediatamente. Cuando llame, asegúrese de informar a nuestro Centro de Atención al Cliente si está consultando a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como los servicios de salud a domicilio y el equipo médico duradero). Nuestro Centro de Atención al Cliente le ayudará a asegurarse de que puede continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También comprobará que el PCP al que quiere cambiar acepta nuevos pacientes.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin la derivación de su PCP?**

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata pero que no constituyen una emergencia, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o es poco razonable, debido al tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones no previstas o los brotes no esperados de afecciones existentes. No obstante, las consultas de rutina a los proveedores que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes aun si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera.
- No es necesario que los proveedores de la red deriven a los pacientes para recibir los servicios cubiertos.

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

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

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

No le exigimos derivaciones para acudir a proveedores de la red; no obstante, si su proveedor solicita un procedimiento médico específico, es posible que necesite una autorización previa del plan. Para obtener más información de los servicios que exigen autorización previa, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Nuestro plan utiliza exclusivamente Sonora Quest Laboratories para los servicios de laboratorio de nuestros miembros. Si su PCP o especialista necesita que se haga un análisis de laboratorio, debe usar Sonora Quest Laboratories. Es muy importante obtener una orden de su doctor antes de hacerse los análisis. Si no tiene una orden antes de recibir los servicios de laboratorio, es posible que los servicios no estén cubiertos. Es posible que también tenga que obtener una autorización previa de Banner Medicare Advantage Dual para ciertos servicios de laboratorio o de diagnóstico.

Si su proveedor solicita un trabajo de laboratorio que no puede ser realizado por Sonora Quest Laboratories, su proveedor debe obtener nuestra autorización previa para que los análisis de laboratorio se hagan en un laboratorio fuera de la red.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su doctor o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Le enviaremos un aviso de que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o salud conductual abandona nuestro plan, le informaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le informaremos si usted está asignado al proveedor, si recibe atención de su parte actualmente o si ha tenido una consulta con este último en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si en este momento está realizando un tratamiento o una terapia médica con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que la terapia o el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo continúe.
- Le informaremos sobre los distintos períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, manteniendo el costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa para los proveedores fuera de la red.
- Si se entera de que su doctor o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), interponer un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Hay tres casos excepcionales en los que puede obtener servicios de proveedores fuera de la red:

- El plan cubre la atención de emergencia o urgencia que recibe de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre la atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y no hay proveedores en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se requiere autorización para los proveedores fuera de la red y su PCP nos presentará una solicitud de autorización previa. En este caso, cubriremos estos servicios como si los obtuviera de un proveedor de la red sin costo alguno para usted.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una derivación del PCP. No es necesario que recurra a un doctor de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Apenas sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930, TTY al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, para

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

que podamos ayudarlo. También puede visitar nuestro sitio web:
www.BannerHealth.com/MA.

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos provistos durante la emergencia.

Los doctores que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus doctores continuarán tratándolo hasta que sus doctores se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

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

| | |
|--------------------|---|
| Sección 3.2 | Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios |
|--------------------|---|

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia constituye un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si es poco razonable, debido al tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones no previstas o los brotes no esperados de afecciones existentes. No obstante, las consultas de rutina a los proveedores que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes aun si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Si cree que necesita atención urgente, puede llamar a su PCP o visitar uno de nuestros centros de atención urgente. Busque en nuestra página web (www.BannerHealth.com/MA) o en el

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Directorio de proveedores para obtener una lista de los centros de atención urgente de la red cerca de usted. Los servicios de atención urgente se prestan en una clínica médica ambulatoria que está abierta al público para las consultas sin cita previa. Ofrecen un horario ampliado, que puede incluir las tardes, los días festivos y los fines de semana.

También puede llamar a nuestra Nurse on Call al 602-747-7990 o al 888-747-7990, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para hacer preguntas sobre la atención médica u obtener ayuda para encontrar un lugar que ofrezca el nivel de atención que usted necesita.

Si se encuentra en una situación en la que no es lógico esperar para obtener atención de un proveedor de la red, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930, TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.BannerHealth.com/MA para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Banner Medicare Advantage Dual cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de Beneficios Médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no se encuentran cubiertos por el plan, o que han sido obtenidos fuera de la red sin autorización previa, usted es responsable de pagar el costo total de dichos servicios. Antes de pagar el costo del servicio, debe comprobar con nosotros si el servicio está cubierto por AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos, una vez alcanzado el límite del beneficio, no se tendrá en cuenta para el máximo anual de gastos de bolsillo. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente cuando desee conocer cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una manera que tienen los doctores y los científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir la participación de voluntarios en estos.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre este y determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe, ni que obtenga nuestra aprobación o de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations and Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y en los estudios de exenciones de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemptions, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto por Medicare Original para personas inscritas en Medicare

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Advantage, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica calificados para Medicare.

Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. Para estos estudios, tendremos que autorizar su participación. La participación en los estudios de investigación clínica también es voluntaria.

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

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

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

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

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde pagar del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como ocurre con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que habitualmente proporcionan los patrocinadores de la investigación sin cargo para quienes se inscriban en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica****Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?**

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

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

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

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

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

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

Aplican límites de cobertura hospitalaria de Medicare. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para obtener detalles de la “Atención hospitalaria para pacientes internados”.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero****Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?**

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

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual, sin embargo, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estuvo inscrito en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Medicare Original no se tienen en cuenta. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan para convertirse en propietario del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras formaba parte de este. Luego, regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se tienen en cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Banner Medicare Advantage Dual cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Banner Medicare Advantage Dual o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses deberá alquilar el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted seguirá siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de cinco años, podrá elegir entre quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, aunque permanezca en la misma compañía, requiriendo que pague sus copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de Beneficios Médicos (lo que
está cubierto)*

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos como miembro de Banner Medicare Advantage Dual. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

| |
|--|
| Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos |
|--|

Dado que recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid), usted no debe pagar nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga los requisitos del plan para obtener su atención. (Para obtener más información sobre las reglas del plan para conseguir su atención, consulte el Capítulo 3).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo que paga de su bolsillo. No tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto a la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Este límite se denomina cantidad máxima que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket Amount, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad será de \$9,350.

Las cantidades que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Las cantidades que paga por los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Si llega a la cantidad máxima que paga de su bolsillo de \$9,350, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que AHCCCS (Medicaid) o un tercero pague su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

| |
|--|
| Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan |
|--|

En las siguientes páginas, la Tabla de Beneficios Médicos enumera los servicios que Banner Medicare Advantage Dual cubre. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubren Medicare y AHCCCS (Medicaid) deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y AHCCCS (Medicaid).

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinado MA debe brindar un período mínimo de transición de 90 días, en cuyo tiempo el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para un tratamiento activo, incluso si dicho tratamiento fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, salvo que se trate de una atención de urgencia o emergencia o que su proveedor le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que pueda ver a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina “darle una derivación”.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su doctor o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Marcamos los servicios cubiertos que necesitan aprobación anticipada en la Tabla de Beneficios usando las frases “Es posible que se requiera autorización previa” o “Se requiere autorización previa”.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. AHCCCS (Medicaid) cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, los medicamentos de venta libre, los servicios domésticos y en la comunidad y otros servicios únicamente de AHCCCS (Medicaid).
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2025* [Medicare y Usted 2025]. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Banner Medicare Advantage Dual es responsable de coordinar todos los aspectos de los beneficios de la atención médica integrada del miembro, incluidos, entre otros, los beneficios médicos y conductuales, la planificación del alta, el control de enfermedades y

la gestión de la atención. Como miembro de nuestro plan, usted tiene beneficios en virtud de las partes de Medicare y AHCCCS (Medicaid) de su cobertura. Usted obtiene estos beneficios, pero no paga nada por ellos, independientemente de que sean beneficios de Medicare o de AHCCCS (Medicaid). Los beneficios de Medicare se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos que figura a continuación y los beneficios de AHCCCS (Medicaid) se enumeran en la Sección 3.1.

- Si se encuentra en nuestro período de dos meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan de Medicare Advantage. No obstante, en este período no seguiremos cubriendo beneficios de AHCCCS (Medicaid) que se incluyan en el plan estatal de AHCCCS (Medicaid) vigente, ni pagaremos las primas de Medicare o el costo compartido que sería responsabilidad del estado si usted no hubiera perdido la elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). La cantidad que paga por los servicios cubiertos de Medicare puede aumentar durante este período.

Usted no paga nada por los servicios que figuran en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.


Información importante sobre beneficios para personas inscritas que reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional”.

- Si recibe la “Ayuda adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, es posible que reúna los requisitos para otros beneficios complementarios personalizados o el costo compartido reducido personalizado.
- Para obtener más detalles, vaya a la fila **VBID** en la Tabla de Beneficios Médicos a continuación.






Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.




Tabla de Beneficios Médicos


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dura 12 semanas o más.• No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).• No está relacionado con una cirugía.• No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos para proveedores:</p> <p>Los doctores (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [Social Security Act] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. | <p>Coseguro del 0% para la consulta de acupuntura para dolor lumbar cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un doctor, un PA o un NP/CNS, tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p> | |
| <p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si el servicio de transporte en ambulancia cubierto es para una situación que no sea de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> | <p>Coseguro del 0% para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare y el transporte en ambulancia que no es de emergencia.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de transporte en ambulancia cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</p> |
| <p>Examen físico anual</p> <p>Un examen físico anual es una evaluación (o reevaluación) periódica y exhaustiva de medicina preventiva y el manejo de un paciente y es un examen más extenso que la Consulta anual de bienestar. Un examen físico anual típico puede incluir: discusión de su historial médico; evaluación física de múltiples sistemas corporales y mediciones vitales como la presión arterial, la altura y el peso; asesoramiento sobre nutrición, actividad física, peso saludable y prevención de lesiones; servicios de detección de colesterol, diabetes, cáncer colorrectal, para las mujeres: cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y osteoporosis a partir de los 65 años; y para los hombres: detección de aneurismas aórticos y cáncer de próstata.</p> | <p>Copago de \$0 para un examen físico anual.</p> |



| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse en el plazo de 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p> |
| <p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del doctor.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> |
| <p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.• Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más.• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación cardiaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una derivación del doctor. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.</p> | <p>Coseguro del 0% para servicios de rehabilitación cardiaca cubiertos por Medicare y la consulta para los servicios de rehabilitación cardiaca intensiva.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su doctor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su doctor puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p> |
| <p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p> |
| <p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.• Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.• Servicios de quiropráctica de rutina: hasta 6 consultas de rutina cada año. | <p>Coseguro del 0% por consulta para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| Servicios de quiropráctica (continuación) | Copago de \$0 para atención quiropráctica de rutina: hasta 6 consultas quiroprácticas de rutina cada año. No se requiere autorización previa para los servicios de quiropráctica de rutina cubiertos. |
|  Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: <ul style="list-style-type: none">• La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos.• Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un alto riesgo después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, lo que excluye los enemas de bario, que requieren un copago o coseguro. Si su doctor encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Copago de \$0 por consulta para una colonoscopia diagnóstica cubierta por Medicare después de que un examen de diagnóstico basado en heces, no invasivo y cubierto por Medicare arroje un resultado positivo. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p> Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Un enema de bario es una alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin riesgo alto y de 45 años o más. Una vez cada 48 meses como mínimo tras el último enema de bario de detección o la última sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p> | <p>Copago de \$0 por consulta cuando una colonoscopia o sigmoidoscopia flexible cubierta por Medicare se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>Coseguro del 0% por consulta para enemas de bario cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios odontológicos en circunstancias limitadas, concretamente cuando ese servicio forma parte del tratamiento específico de la afección primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 exámenes orales por año calendario.• 2 limpiezas por año calendario.• 2 aplicaciones tópicas de flúor por año calendario.• 1 radiografía por año calendario:<ul style="list-style-type: none">○ 1 de 2 imágenes o 4 imágenes de tomosíntesis intraoral o de aleta de mordida por año calendario.○ 1 imagen radiográfica de la serie integral intraoral, panorámica o la tomosíntesis intraoral cada 36 meses.○ 1 imagen radiográfica periapical de la tomosíntesis intraoral cada 12 meses. | <p>Coseguro del 0% por consulta para servicios dentales cubiertos por Medicare (ciertos servicios dentales que recibe cuando está en un hospital).</p> <p>Límite de cobertura combinado de \$4,000 por año calendario para servicios dentales preventivos e integrales de rutina cubiertos por el plan.</p> <p>Copago de \$0 por consulta para todos los servicios dentales preventivos e integrales de rutina cubiertos por el plan.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de restauración.<ul style="list-style-type: none">○ Empastes: uno por diente cada 36 meses.○ Coronas, pernos, muñón, pasadores: uno por diente cada 60 meses.○ Recementado/readhesivo de corona: después de 6 meses de la colocación inicial.• Servicios de endodoncia.<ul style="list-style-type: none">○ 1 por diente toda la vida para pulpotomía o conductos radiculares.• Servicios de periodoncia.<ul style="list-style-type: none">○ Cirugía ósea: 1 cada 24 meses por cuadrante.○ Raspado periodontal y alisado radicular: 1 cada 24 meses por cuadrante.○ Desbridamiento de toda la boca: 1 cada 36 meses.○ Mantenimiento periodontal: 1 cada 3 meses.• Servicios de prostodoncia removible.<ul style="list-style-type: none">○ 1 dentadura removible completa, parcial o inmediata cada 60 meses.○ Ajustes después de los 6 meses de la colocación.○ Reparación de base y rebasados cada 36 meses después de los 6 meses de la colocación.• Servicios de prostodoncia fija.<ul style="list-style-type: none">○ Dentaduras fijas (puentes): 1 cada 60 meses por diente.○ Recementado de dentaduras parciales fijas después de los 6 meses de la colocación.• Servicios de cirugía oral y maxilofacial.<ul style="list-style-type: none">○ Extracciones: 1 por diente toda la vida.• Servicios generales adjuntos. <p>Se aplican limitaciones y exclusiones. Para conocer los detalles de los beneficios, consulte la sección “Beneficios dentales – Códigos cubiertos” más adelante en este capítulo, en las páginas 80-91, póngase en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente o visite www.BannerHealth.com/MA.</p> | <p>El costo de todas las consultas se deducirá de la cantidad de la cobertura anual. Usted es responsable de todos los gastos que superen el límite del año calendario. Debe utilizar los proveedores dentales contratados de la red Banner para estos servicios.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p> |
| <p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar (glucosa) en sangre. Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.• Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. | <p>Coseguro del 0% para los suministros para el control de diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% para calzado o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% para servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Los suministros para diabéticos están limitados a los fabricantes especificados.</p> <p>Cuando los suministros para diabéticos se obtienen en una farmacia, los suministros de insulina selecta están disponibles con un copago de \$0. Para obtener una lista de los suministros de insulina selecta que tienen un copago de \$0, consulte el formulario de su plan que se encuentra en nuestro sitio web, en www.BannerHealth.com/MA.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA.</p> | <p>Coseguro del 0% para equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 0% cada 31 días.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en Banner Medicare Advantage Dual pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Banner Medicare Advantage Dual es del 0%.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none">• Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una “emergencia médica” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red.</p> <p>La cobertura de la atención de emergencia se limita a los Estados Unidos.</p> | <p>Coseguro del 0% para cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El costo compartido para los servicios de emergencia no se aplica si se ingresa en el hospital en el plazo de 3 días por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención. <i>O</i> debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|--|
| <p> Programas educativos sobre salud y bienestar: Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>El programa Envejecimiento saludable y ejercicio de Silver&Fit® se ofrece a los miembros de Banner Medicare Advantage Dual. Como miembro de Silver&Fit®, dispone de las siguientes opciones sin costo alguno:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Programa Get Started</u>: si responde unas cuantas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un programa personalizado para el ejercicio de su elección, que incluye instrucciones sobre cómo empezar y videos de entrenamiento en línea sugeridos.• Más de 8,000 videos a la carta a través de la biblioteca digital del sitio web y la aplicación móvil, incluidas las Silver&Fit® Signature Series Classes®.• <u>Membresía del centro de acondicionamiento físico</u>: puede visitar muchos centros de acondicionamiento físico cercanos que están incluidos en el programa.* Muchos centros de acondicionamiento físico también pueden ofrecer clases de bajo impacto centradas en la mejora y el aumento de la fuerza y la resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, la amplitud de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación.• <u>Kits de acondicionamiento físico para el hogar</u>: usted es elegible para recibir un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios de distintas categorías de acondicionamiento físico.• Sesiones de asesoramiento para un envejecimiento saludable por teléfono con un asesor capacitado, en las que se pueden tratar temas como el ejercicio, la nutrición, el aislamiento social y la salud cerebral.• La herramienta Silver&Fit® Connected™ para el seguimiento de su actividad.**• Recompensas, como gorras y pines, por alcanzar nuevas metas.• Clases en línea sobre envejecimiento saludable y boletín trimestral. | <p>Copago de \$0 para el acceso a varios centros, un kit de acondicionamiento físico para el hogar, asesoramiento para un envejecimiento saludable y una biblioteca digital de ejercicios proporcionada por Silver&Fit®.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p> Programas educativos sobre salud y bienestar: Beneficio de acondicionamiento físico (continuación)</p> <p>* Los servicios no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit® y no se reembolsarán. ** Tenga en cuenta que, para usar la herramienta Connected!, es posible que deba comprar algunos dispositivos o aplicaciones de seguimiento de la actividad física portátiles y que el programa Silver&Fit® o su plan BMA no reembolsará su costo.</p> <p>El programa Silver&Fit® es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc., una filial de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit®, Silver&Fit® Signature Series y Silver&Fit® Connected! son marcas comerciales de ASH. Las instalaciones y cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.</p> | |
| <p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las hace un doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes auditivos de rutina: 1 examen por año calendario• Adaptación y evaluación para audífonos: 1 consulta por año | <p>Coseguro del 0% para cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por consulta para un examen auditivo anual de rutina.</p> <p>Copago de \$0 por consulta para ajuste/evaluación para audífonos una vez al año.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p>Servicios auditivos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">Audífonos recetados (todos los tipos): límite de cobertura anual de \$3,300, ambos oídos combinados. Cubre los audífonos, las piezas de mantenimiento, las reparaciones y los gastos de adaptación | <p>Cantidad máxima de cobertura del plan de \$3,300 por año (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados. Los costos superiores a la cantidad de cobertura máxima le corresponden a usted; los audífonos adicionales no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$0 para audífonos recetados (todos los tipos) una vez cada año.</p> <p>Debe utilizar los proveedores de la red Banner para estos servicios.</p> |
| <p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un doctor debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios médicos y sociales.• Equipo médico y suministros. | <p>Copago de \$0 por consulta para atención médica a domicilio cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Tratamiento de infusión a domicilio</p> <p>El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención.• Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero.• Supervisión remota.• Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. | <p>Coseguro del 0% para el tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su doctor y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propios de la organización MA, controlados por ella o en los que tiene un interés financiero. El doctor del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor• Atención de alivio a corto plazo• Atención a domicilio <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso que se requiera obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y cumple con las normas del plan para obtener dichos servicios, solo pagará la cantidad del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. | <p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, y no Banner Medicare Advantage Dual.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original). <p><u>Para los servicios cubiertos por Banner Medicare Advantage Dual, pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> Banner Medicare Advantage Dual seguirá cubriendo los servicios del plan que no estén cubiertos en la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p> | |



| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Vacunas antigripales o contra la influenza, una vez en cada temporada de gripe o influenza en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales o contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias.• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.• Vacuna contra el COVID-19.• Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría del resto de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe o la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por período de beneficios para hospitalizaciones cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería permanentes.• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).• Medicamentos.• Análisis de laboratorio.• Radiografías y otros servicios de radiología.• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.• Costos de la sala de operaciones y de recuperación.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.• Servicios para trastorno por consumo de sustancias tóxicas para pacientes internados.• En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del esquema de atención en la comunidad, usted puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Banner Medicare Advantage Dual presta servicios de trasplante en un lugar fuera del esquema de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. | <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: copago de \$0.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|--|
| <p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.• Servicios de doctores. <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> | <p>Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa y una orden del doctor para los ingresos electivos.</p> |
| <p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 90 días por período de beneficio. Recibe hasta 190 días de por vida de atención en un hospital psiquiátrico para pacientes internados cubierta por Medicare. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de atención de salud mental para pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> | <p>Por las estancias para atención de salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: copago de \$0.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación) | <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa y una orden del doctor para los ingresos electivos.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de doctores.• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.• Vendajes quirúrgicos.• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente.• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. | <p>Copago de \$0.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una derivación de su doctor.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una derivación de un doctor. El doctor debe recetar estos servicios y renovar la derivación todos los años si hay que continuar con el tratamiento el siguiente año calendario.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p> |
| <p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un doctor, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio.• Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.• El medicamento para tratar la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes del tratamiento, o durante este, que podrían sumarse a sus costos totales. Hable con su doctor sobre qué exámenes y pruebas es posible que necesite como parte de su tratamiento.• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.• Medicamentos para trasplantes o inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para el trasplante si pagó su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtiene los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el doctor confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un doctor los prepara y si una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo supervisión apropiada. | <p>Coseguro del 0% para los medicamentos de la Parte B de Medicare, incluida la insulina y los de quimioterapia.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B están sujetos a tratamiento escalonado.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que se administran por boca si el mismo medicamento está disponible como inyectable o si es un profármaco (la presentación oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que los nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer se ponen a disposición, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará.• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de las 48 horas, a las 48 horas o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se utilizan como un reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso para el tratamiento de las náuseas.• Determinados medicamentos orales para tratar la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable y el beneficio para ESRD de la Parte B lo cubre.• Medicamentos calcimiméticos conforme el sistema de pago para ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.• Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos.• Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted padece enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita un medicamento para tratar la anemia relacionada con determinadas afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol epoetina beta).• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). <p>Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: Buscar un medicamento.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta.</p> | |
| <p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o doctor de atención primaria.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT)• Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)• Asesoramiento para trastorno por consumo de sustancias tóxicas• Terapia individual y grupal• Pruebas de toxicología• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas | <p>Coseguro del 0% para servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías.• Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos.• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.• Análisis de laboratorio.• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. | <p>Coseguro del 0% para pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros cubiertos por Medicare para pacientes externos.</p> <p>Coseguro del 0% para un electrocardiograma único después de la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.• Electrocardiograma después de la consulta preventiva Bienvenido a Medicare. | |
| <p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un doctor o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> | <p>Coseguro del 0% para los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.• Suministros médicos, como entablillados y yesos.• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> | <p>Coseguro del 0% para los servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera una orden del doctor y autorización previa.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el Estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional con licencia (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta especializado en familias y matrimonios con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> | <p>Coseguro del 0% por consulta individual o grupal para cada servicio de salud mental para pacientes externos cubierto por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p> | <p>Coseguro del 0% por consulta para los servicios de rehabilitación para pacientes externos cubiertos por Medicare: fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia.</p> <p>Se necesita la orden del doctor.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> |
| <p>Servicios para trastorno por consumo de sustancias tóxicas para pacientes externos</p> <p>Los servicios ambulatorios por abuso de sustancias están cubiertos cuando sean razonables y necesarios y cuando sean prestados por proveedores de servicios autorizados que reúnan los requisitos para prestar servicios de tratamiento por abuso de sustancias.</p> | <p>Coseguro del 0% por consulta individual o grupal para los servicios ambulatorios por abuso de sustancias cubiertos por Medicare.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.</p> | <p>Coseguro del 0% por consulta para cirugía ambulatoria cubierta por Medicare, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Se necesita la orden del doctor.</p> <p>Coseguro del 0% por consulta para una colonoscopia diagnóstica cubierta por Medicare después de que un examen de diagnóstico basado en heces, no invasivo y cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p> |



| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p>Beneficio para artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Su beneficio para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) le da fondos para gastar en productos OTC elegibles. Según lo permitido por Medicare, este plan cubre artículos como aspirinas, vitaminas, preparados para el resfriado y la tos, y vendas.</p> <p>Una vez inscrito en el plan, recibirá un paquete de bienvenida de Banner Medicare Advantage &more. Hay tres formas de usar sus beneficios:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Compre en tiendas incluidas como las siguientes: Albertsons, Safeway, Fry's, CVS, Walgreens y Walmart.2. Pida los artículos por teléfono utilizando el catálogo OTC: 1-855-AND-MORE (1-855-263-6673), TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.3. Pida los artículos en cualquier momento en línea: andmorehealth.com/bannerma. Los pedidos se enviarán sin costo adicional. El plazo de entrega es de 2 días hábiles aproximadamente. <p>Los miembros pueden usar el catálogo OTC, visitar andmorehealth.com/bannerma o descargar la aplicación móvil Andmore (&more) para determinar qué artículos OTC pueden comprarse. La información sobre la descarga de la aplicación móvil se proporcionará en andmorehealth.com y en el catálogo de OTC.</p> <p>Con este beneficio, puede disponer de terapia de sustitución de la nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT) y naloxona. Los artículos como los cosméticos y los complementos alimenticios no están cubiertos por este beneficio. Fondos no canjeables en ninguno de los sitios web Walmart.com. Pueden aplicarse algunas limitaciones. Consulte el catálogo de OTC para obtener más información.</p> | <p>Recibe \$270 cada 3 meses para comprar medicamentos OTC y productos relacionados con la salud elegibles.*</p> <p>La cantidad que no se utiliza no se transfiere al siguiente trimestre.</p> <p>* Para ver los detalles completos del programa, la ubicación de la tienda, y los términos y las condiciones, visite andmorehealth.com o llame al 1-855-AND-MORE (1-855-263-6673), TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</p> <p>Avidia Bank emite su tarjeta de beneficios &more prepaga Mastercard® en virtud de una licencia de Mastercard Inc. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y las condiciones del Contrato del titular de la tarjeta.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor, el terapeuta, el terapeuta especializado en familias y matrimonios con licencia (LMFT) o el terapeuta profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Los <i>servicios ambulatorios intensivos</i> son un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo que se proporciona en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor, el terapeuta, el terapeuta especializado en familias y matrimonios con licencia (LMFT) o el terapeuta profesional con licencia y menos intenso que la hospitalización parcial.</p> | <p>Coseguro del 0% para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera una orden del doctor y autorización previa.</p> |
| <p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del doctor</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.• Exámenes auditivos básicos y del equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el doctor así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.• Ciertos servicios de telesalud, incluidos: servicios de urgencia; consultas con el PCP; consultas con doctores especialistas; servicios de especialistas en salud mental para sesiones individuales o de grupo; servicios psiquiátricos para sesiones individuales o de grupo; proveedores de terapia ocupacional, física o del lenguaje, según lo permita Medicare. | <p>Coseguro del 0% para los servicios de doctores o profesionales cubiertos por Medicare, incluidas las visitas físicas al consultorio del PCP y del especialista y ciertos servicios de telesalud.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del doctor (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca ese servicio.○ Por lo general, el servicio de telesalud debe prestarse con un proveedor con el que se tenga una relación establecida y utilizar un sistema de comunicación de audio y video interactivo que permita la comunicación en tiempo real.● Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un doctor o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.● Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, sin importar su ubicación.● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.● Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud.○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias.● Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados.● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor <u>en los siguientes casos:</u><ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ El control no está relacionado con una visita al consultorio de los últimos 7 días y | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del doctor (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">○ El control no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.● Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su doctor, incluida la interpretación y el seguimiento del doctor dentro de las 24 horas en los siguientes casos:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.● Consultas que su doctor tenga con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.● Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los prestara un doctor). | |
| <p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).● Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare antes enumerados, este plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">● Atención de podiatría de rutina: hasta 6 consultas por año para el cuidado rutinario de los pies. | <p>Coseguro del 0% para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para atención de podiatría de rutina; hasta 6 consultas por año.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis anual del PSA.</p> <p>Coseguro del 0% para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p> |
| <p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía).</p> <p>Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección).</p> | <p>Coseguro del 0% para dispositivos protésicos y ortésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% para suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Se necesita la orden del doctor.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una derivación para la rehabilitación pulmonar del doctor que atiende la enfermedad respiratoria crónica.</p> | <p>Coseguro del 0% para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Tecnologías de acceso remoto: línea directa de enfermería</p> <p>Línea de Nurse on Call: las 24 horas del día, los siete días de la semana, asesoramiento médico de un profesional de enfermería para ayudar a responder sus preguntas inmediatas sobre atención médica.</p> | <p>Copago de \$0 para usar el beneficio de línea directa de enfermería.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindadas por un doctor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> |
| <p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de al menos 20 años/paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden de parte de un doctor o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un doctor o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un doctor o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un doctor.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son derivados por su doctor, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente).• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial).• Capacitación para autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> | <p>Coseguro del 0% para servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere derivación.</p> <p>Se necesita la orden del doctor para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de enfermería especializada. En ocasiones, los centros de enfermería especializada suelen denominarse “SNF”).</p> <p>Usted está cubierto durante un máximo de 100 días por período de beneficios para un SNF cubierto por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería especializada.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.• Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF.• Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF.• Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF.• Servicios de doctores o profesionales. <p>Generalmente, los servicios en un SNF los obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá obtener su atención de un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> | <p>No se requiere una hospitalización para la admisión.</p> <p>Para las estancias en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: copago de \$0.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|--|
| <p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de enfermería especializada).• Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. | |
| <p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una derivación para PAD del doctor responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación.• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un doctor.• Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.• Estar bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p> | <p>Copago de \$0 para cada consulta de SET cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de transporte: de rutina</p> <p>Los servicios de transporte de rutina (no urgentes) son para acceder a lugares relacionados con la salud médicamente necesarios aprobados por el plan, programados y proporcionados a través de nuestro proveedor contratado.</p> <ul style="list-style-type: none">• La cobertura es para un máximo de 36 viajes sencillos cada año a lugares relacionados con la salud médicamente necesarios aprobados por el plan, por año calendario, a/desde lugares aprobados por el plan dentro del área de servicio del plan. | <p>Copago de \$0 por viaje, hasta 36 viajes sencillos al año a lugares aprobados por el plan por año calendario.</p> |


| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Servicios de transporte: de rutina (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Limitado a los proveedores de beneficios complementarios cubiertos por el plan y no cubiertos por Medicare ni AHCCCS (Medicaid):<ul style="list-style-type: none">○ Quiropráctica de rutina○ Dental○ Audición/audífonos○ Podiatría○ Proveedores de exámenes de la vista/anteojos○ Otros lugares relacionados con la salud médicamente necesarios aprobados por el plan• El transporte cubierto es únicamente el transporte terrestre y puede incluir servicios de coche como Veyo, servicios de viaje compartido, furgoneta o transporte médico, según sus necesidades médicas.• Cada viaje sencillo no debe superar las 50 millas. Un viaje es un traslado sencillo; un viaje redondo son dos viajes.• Los servicios de transporte deben solicitarse 72 horas antes de la cita programada.• Se permite un pasajero adicional por viaje. Si el pasajero adicional es menor de 5 años, se requiere un asiento de coche. (El proveedor de transporte no proporciona asientos de coche).• Los viajes son de puerta a puerta.• Hay furgonetas accesibles para sillas de ruedas si se solicitan.• Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. | <p>El límite de 36 viajes sencillos se comparte con los servicios de transporte del Modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor (Value-Based Insurance Design, VBID).</p> <p>Para programar el transporte de rutina, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930, TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|--|
| <p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia constituye un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o, incluso si está dentro de ella, si es poco razonable, debido al tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contratos.</p> <p>Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones no previstas o los brotes no esperados de afecciones existentes. No obstante, las consultas de rutina a los proveedores que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes aun si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p> <p>La cobertura de la atención de urgencia se limita a los Estados Unidos.</p> | <p>Coseguro del 0% por consulta para servicios de urgencia en un centro de atención urgente o en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|--|
| <p>Modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID) – Beneficio para alimentos y productos</p> <p>Si es miembro de Banner Medicare Advantage Dual y reúne los requisitos para la “Ayuda adicional”, es elegible para obtener beneficios adicionales a fin de comprar alimentos saludables y productos frescos aprobados en las tiendas participantes.</p> <p>Recibirá \$60 por trimestre para el beneficio para alimentos saludables. Los fondos que no se utilicen se transferirán de un trimestre a otro y caducarán el 31 de diciembre de 2025.</p> <p>Puede usar sus beneficios para alimentos saludables a fin de comprar alimentos aprobados, como productos agrícolas, lácteos, carnes y mariscos, panificados, productos congelados, productos envasados, comidas preparadas y bebidas.</p> <p>Puede comprar estos alimentos saludables de forma segura y cómoda con las siguientes opciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. En las tiendas participantes más cercanas a usted, incluidas tiendas nacionales, como Albertsons, Safeway, Fry’s, CVS, Walgreens y Walmart.2. Albertsons, Safeway y MomsMeals.com hacen entregas a domicilio. <p>La elegibilidad para el beneficio para alimentos y productos no está asegurada y será determinada por Banner Medicare Advantage Dual después de la inscripción, según los criterios de elegibilidad.</p> <p>Avidia Bank emite su tarjeta de beneficios &more prepagada Mastercard® en virtud de una licencia de Mastercard Inc. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y las condiciones del Contrato del titular de la tarjeta.</p> | <p>Copago de \$0 para alimentos y productos agrícolas cubiertos hasta el límite del beneficio disponible.</p> <p>Recibirá \$60 por trimestre para el beneficio para alimentos saludables.</p> <p>Los fondos que no se utilicen se transferirán de un trimestre a otro y caducarán el 31 de diciembre de 2025.</p> <p>Para ver los detalles completos del programa, la ubicación de la tienda, y los términos y las condiciones, visite andmorehealth.com o llame al 1-855-AND-MORE (1-855-263-6673), TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p>Modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID) – Servicios de transporte</p> <p>Los servicios de transporte de rutina (no urgentes) son para acceder a ciertos beneficios complementarios cubiertos por Banner Medicare Advantage Dual, programados y proporcionados a través de nuestro proveedor contratado.</p> <ul style="list-style-type: none">• La cobertura es para un máximo de 36 viajes sencillos cada año a lugares relacionados con la salud no médicamente necesarios aprobados por el plan, por año calendario, a/desde lugares aprobados por el plan dentro del área de servicio del plan.• Limitado a los proveedores de beneficios complementarios cubiertos por el plan y no cubiertos por Medicare ni AHCCCS (Medicaid):<ul style="list-style-type: none">○ Beneficios OTC○ Beneficios para alimentos y productos○ Centros de acondicionamiento físico Silver&Fit®○ Otros lugares relacionados con la salud no médicamente necesarios aprobados por el plan• El transporte cubierto es únicamente el transporte terrestre y puede incluir servicios de coche como Veyo, servicios de viaje compartido, furgoneta o transporte médico, según sus necesidades médicas.• Cada viaje sencillo no debe superar las 50 millas. Un viaje es un traslado sencillo; un viaje redondo son dos viajes.• Los servicios de transporte deben solicitarse 72 horas antes de la cita programada.• Se permite un pasajero adicional por viaje. Si el pasajero adicional es menor de 5 años, se requiere un asiento de coche. (El proveedor de transporte no proporciona asientos de coche).• Los viajes son de puerta a puerta.• Hay furgonetas accesibles para sillas de ruedas si se solicitan.• Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. | <p>Copago de \$0 por viaje, hasta 36 viajes sencillos al año a lugares aprobados por el plan por año calendario.</p> <p>El límite de 36 viajes sencillos se comparte con los servicios de transporte (de rutina).</p> <p>Para programar el transporte de rutina, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930, TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p> <p>La elegibilidad para el transporte no médicamente necesario aprobado por el plan no está asegurada y será determinada por Banner Medicare Advantage Dual después de la inscripción, según los criterios de elegibilidad.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| <p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de doctores para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.• Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen ocular rutinario por año calendario. El costo del examen ocular de rutina anual (incluye refracciones de la vista) no se deducirá de la cantidad total de la cobertura de beneficios relacionados con la visión.• Copago de \$0 para anteojos de rutina todos los años. Los lentes cubiertos incluyen los monofocales, los bifocales alineados, los trifocales alineados y los progresivos estándar, así como una asignación de \$200 para la montura.• Lentes de contacto (en vez de anteojos), asignación de hasta \$200 para la evaluación de adaptación de lentes de contacto y lentes de contacto cada año. <p>Todo costo que supere la asignación de \$200 o las mejoras adicionales de los lentes le corresponden al miembro.</p> | <p>Coseguro del 0% para exámenes oculares cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos, incluido el examen anual de glaucoma.</p> <p>Coseguro del 0% para anteojos o lentes de contactos cubiertos por Medicare (después de cirugía de cataratas).</p> <p>Copago de \$0 por consulta para un examen ocular de rutina anual.</p> <p>Copago de \$0 para anteojos o lentes de contacto de rutina cubiertos por el plan.</p> <p>Todos los costos que superen las asignaciones o las mejoras adicionales de los lentes le corresponden al miembro. Los anteojos (lentes y monturas) se limitan a un par cada año o lentes de contacto.</p> <p>Debe utilizar los proveedores de la red VSP Advantage para estos servicios.</p> |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|--|---|
| <p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo en los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su doctor que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> |

Beneficios dentales: códigos cubiertos

Códigos de cobertura para los beneficios preventivos y de diagnóstico:

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|--------------|--|---|
| D0120 | Evaluación oral periódica: paciente establecido | Uno de (D0120, D0150) cada 6 meses por paciente. |
| D0140 | Evaluación oral limitada: centrada en el problema | Solo se permite con radiografías. |
| D0150 | Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido | Uno de (D0120, D0150) cada 6 meses por paciente. Uno de (D0150) únicamente por proveedor O ubicación. |
| D0210 | Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas | Uno de (D0210, D0330) cada 36 meses por paciente. |
| D0220 | Intraoral: periapical primera imagen radiográfica | |
| D0230 | Intraoral: periapical cada imagen radiográfica adicional | |
| D0272 | Aletas de mordida: dos imágenes radiográficas | Uno de (D0272, D0274) cada 12 meses por paciente. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|---|---|
| D0274 | Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas | Uno de (D0272, D0274) cada 12 meses por paciente. |
| D0330 | Imagen radiográfica panorámica | Uno de (D0210, D0330) cada 36 meses por paciente. |
| D1110 | Profilaxis: adulto | Dos de (D1110, D1120) por 1 año calendario por paciente. |
| D1120 | Profilaxis: niño | Dos de (D1110, D1120) por 1 año calendario por paciente. |
| D1208 | Aplicación tópica de flúor: sin contar el barniz | Uno de (D1208) cada 12 meses por paciente. |
| D2140 | Amalgama: una superficie, primaria o permanente | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2150 | Amalgama: dos superficies, primaria o permanente | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2160 | Amalgama: tres superficies, primaria o permanente | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2161 | Amalgama: cuatro o más superficies, primaria o permanente | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2330 | Compuesto a base de resina: una superficie, anterior | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|---|---|
| D2331 | Compuesto a base de resina: dos superficies, anterior | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2332 | Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2335 | Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies o que impliquen el ángulo incisal (anterior) | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2390 | Corona de compuesto a base de resina: anterior | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2391 | Compuesto a base de resina: una superficie, posterior | |
| D2392 | Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2393 | Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|---|---|
| D2394 | Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posterior | Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394) cada 36 meses por paciente, mismo diente/misma superficie. |
| D2710 | Corona: compuesto a base de resina (indirecta) | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2740 | Corona: porcelana/cerámica | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2750 | Corona: porcelana fundida con metal muy noble | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2751 | Corona: porcelana fundida con metal principalmente base | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2752 | Corona: porcelana fusionada con metal noble | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2753 | Corona: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2783 | Corona: $\frac{3}{4}$ de porcelana/cerámica | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|--|---|
| D2790 | Corona: metal muy noble fundido en su totalidad | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2791 | Corona: metal principalmente base fundido en su totalidad | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2792 | Corona: metal nombre fundido en su totalidad | Uno de (D2710, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2783, D2790, D2791, D2792) por 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2920 | Recementado o readhesivo de la corona | No se permite en los 6 meses siguientes a la colocación. |
| D2930 | Corona prefabricada de acero inoxidable: diente primario | Uno de (D2932) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2931 | Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente | Uno de (D2931) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2940 | Restauración protectora | Restauración temporal destinada a aliviar el dolor. No debe utilizarse como base o revestimiento bajo una restauración. |
| D2950 | Reconstrucción de muñón, incluidos los pasadores cuando sea necesario | Uno de (D2950) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D2954 | Perno y corona prefabricados, además de la corona | Uno de (D2950, D2952, D2954) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D3220 | Pulpotomía terapéutica (excluida la restauración final): extracción de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento | Uno de (D3220) únicamente por paciente, mismo diente. |
| D3310 | Terapia endodóntica, diente anterior (excluida la restauración final) | Uno de (D3310) únicamente por paciente, mismo diente. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|---|---|
| D3320 | Terapia endodóntica: diente premolar (excluida la restauración final) | Uno de (D3320) únicamente por paciente, mismo diente. |
| D3330 | Terapia endodóntica: diente molar (excluida la restauración final) | Uno de (D3330) únicamente por paciente, mismo diente. |
| D3346 | Repetición de tratamiento de conducto previo: anterior | Uno de (D3346) únicamente por paciente, mismo diente. |
| D3347 | Repetición de tratamiento de conducto previo: premolar | Uno de (D3320) únicamente por paciente, mismo diente. |
| D3348 | Repetición de tratamiento de conducto previo: molar | Uno de (D3330) únicamente por paciente, mismo diente. |
| D4260 | Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de espesor total y cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante | Uno de (D4260, D4261) cada 24 meses por paciente, mismo cuadrante. |
| D4261 | Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de espesor total y cierre): uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante | Uno de (D4260, D4261) cada 24 meses por paciente, mismo cuadrante. |
| D4341 | Raspado periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante | Uno de (D4341, D4342) cada 24 meses por paciente, mismo cuadrante. |
| D4342 | Raspado periodontal y alisado radicular: uno a tres dientes por cuadrante | Uno de (D4341, D4342) cada 24 meses por paciente, mismo cuadrante. |
| D4355 | Desbridamiento de toda la boca para poder realizar una evaluación y un diagnóstico completos en una consulta posterior | Uno de (D4355) cada 36 meses por paciente. |
| D4910 | Procedimientos de mantenimiento periodontal | Permitido una vez cada 3 meses después de una terapia periodontal activa. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|---|---|
| D5110 | Dentadura completa: maxilar | Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5227) cada 60 meses por paciente. |
| D5120 | Dentadura completa: mandibular | Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5228) cada 60 meses por paciente. |
| D5130 | Dentadura inmediata: maxilar | Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5227) cada 60 meses por paciente. |
| D5140 | Dentadura inmediata: mandibular | Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5228) cada 60 meses por paciente. |
| D5211 | Dentadura parcial maxilar: base de resina (incluidos los ganchos, apoyos y dientes convencionales) | Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5227) cada 60 meses por paciente. |
| D5212 | Dentadura parcial mandibular: base de resina (incluidos los ganchos, apoyos y dientes convencionales) | Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5228) cada 60 meses por paciente. |
| D5213 | Dentadura parcial maxilar: soporte protésico de metal moldeado con bases de dentadura de resina (incluidos los ganchos, apoyos y dientes convencionales) | Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5227) cada 60 meses por paciente. |
| D5214 | Dentadura parcial mandibular: soporte protésico de metal moldeado con bases de dentadura de resina (incluidos los ganchos, apoyos y dientes convencionales) | Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5228) cada 60 meses por paciente. |
| D5225 | Dentadura parcial maxilar: base flexible | Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5227) cada 60 meses por paciente. |
| D5226 | Dentadura parcial mandibular: base flexible | Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5228) cada 60 meses por paciente. |
| D5227 | Dentadura maxilar parcial inmediata: base flexible | Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5225, D5227) cada 60 meses por paciente. |
| D5228 | Dentadura mandibular parcial inmediata: base flexible | Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5226, D5228) cada 60 meses por paciente. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|---|--|
| D5410 | Ajuste de dentadura completa: maxilar | No se permite en los 6 meses siguientes a la colocación. |
| D5411 | Ajuste de dentadura completa: mandibular | No se permite en los 6 meses siguientes a la colocación. |
| D5421 | Ajuste de dentadura parcial: maxilar | No se permite en los 6 meses siguientes a la colocación. |
| D5422 | Ajuste de dentadura parcial: mandibular | No se permite en los 6 meses siguientes a la colocación. |
| D5511 | Reparación de la base de la dentadura completa rota, mandibular | |
| D5512 | Reparación de la base de la dentadura completa rota, maxilar | |
| D5520 | Reemplazo de dientes perdidos o rotos: dentadura completa (cada diente) | Uno de (D5520) cada 12 meses por paciente, por diente, por diente permanente. |
| D5611 | Reparación de la base de la dentadura de resina, mandibular | |
| D5612 | Reparación de la base de la dentadura de resina, maxilar | |
| D5621 | Reparación de soporte protésico moldeado, mandibular | |
| D5622 | Reparación de soporte protésico moldeado, maxilar | |
| D5630 | Reparación o reemplazo de gancho roto | |
| D5640 | Reemplazo de dientes rotos, por diente | |
| D5650 | Adición de un diente a una dentadura parcial existente | |
| D5660 | Adición de un gancho a una dentadura parcial existente | |
| D5725 | Reposición de la prótesis híbrida | Una vez por arco cada 36 meses tras 6 meses transcurridos desde la colocación inicial. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|--|---|
| D5730 | Rebasado de la dentadura maxilar completa (en el sillón odontológico) | Uno de (D5730, D5750) cada 36 meses por paciente. |
| D5731 | Rebasado de la dentadura mandibular completa (en el sillón odontológico) | Uno de (D5731, D5751) cada 36 meses por paciente. |
| D5740 | Rebasado de la dentadura maxilar parcial (en el sillón odontológico) | Uno de (D5740, D5760) cada 36 meses por paciente. |
| D5741 | Rebasado de la dentadura mandibular parcial (en el sillón odontológico) | Uno de (D5741, D5761) cada 36 meses por paciente. |
| D5750 | Rebasado de la dentadura maxilar completa (en el laboratorio) | Uno de (D5730, D5750) cada 36 meses por paciente. |
| D5751 | Rebasado de la dentadura mandibular completa (en el laboratorio) | Uno de (D5731, D5751) cada 36 meses por paciente. |
| D5760 | Rebasado de la dentadura maxilar parcial (en el laboratorio) | Uno de (D5740, D5760) cada 36 meses por paciente. |
| D5761 | Rebasado de la dentadura mandibular parcial (en el laboratorio) | Uno de (D5741, D5761) cada 36 meses por paciente. |
| D5765 | Revestimiento blando para dentaduras | Uno cada 36 meses después de la colocación inicial. |
| D5876 | Adición de subestructura metálica a una dentadura acrílica completa | Se permite en la misma fecha de servicio en D5110, D5120, D5130, D5140. |
| D6210 | Póntico: metal muy noble fundido | Uno de (D6210, D6211, D6212) cada 60 meses por paciente, por diente. |
| D6211 | Póntico: metal base fundido | Uno de (D6210, D6211, D6212) cada 60 meses por paciente, por diente. |
| D6212 | Póntico: metal noble fundido | Uno de (D6210, D6211, D6212) cada 60 meses por paciente, por diente. |
| D6240 | Póntico: porcelana fundida con metal muy noble | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6750, D6751, D6752, D6790) cada 60 meses por paciente, por diente. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|---|---|
| D6241 | Póntico: porcelana fundida con metal base | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6750, D6751, D6752, D6790) cada 60 meses por paciente, por diente . |
| D6242 | Póntico: porcelana fundida con metal noble | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792) cada 60 meses por paciente, por diente . |
| D6740 | Retenedor de corona: porcelana/cerámica | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792) cada 60 meses por paciente, por diente . |
| D6750 | Corona: porcelana fundida con metal muy noble | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D6751 | Corona: porcelana fundida con metal base | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D6752 | Corona: porcelana fundida con metal noble | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D6790 | Corona: metal muy noble fundido en su totalidad | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D6791 | Corona: metal base fundido en su totalidad | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |
| D6792 | Corona: metal nombre fundido en su totalidad | Uno de (D6240, D6241, D6242, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792) cada 60 meses por paciente, mismo diente. |

| Código | Descripción del código | Limitaciones de frecuencia |
|---------------|---|---|
| D6930 | Recementado o readhesivo de dentadura parcial fija | No se permite en los 6 meses siguientes a la colocación. |
| D7140 | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps) | |
| D7210 | Extracción quirúrgica de un diente erupcionado que requiera la extracción de hueso o la sección del diente, e incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado | |
| D7250 | Extracción quirúrgica de las raíces residuales de los dientes (procedimiento de corte) | No está permitido por el proveedor/centro que realizó la extracción original. |
| D7310 | Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante | Un mínimo de tres extracciones en el cuadrante afectado. D7310 o bien D7311. |
| D7311 | Alveoloplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante | Una a tres extracciones en el cuadrante afectado. D7310 o bien D7311. |
| D7471 | Extirpación de exostosis: por sitio | Limitado a la extirpación de exostosis, incluida la extirpación de toros, tuberosidades óseas y otras protuberancias óseas, cuando la masa impide el sellado de la dentadura. |
| D7472 | Extirpación de <i>torus palatinus</i> | |
| D7473 | Extirpación de <i>torus mandibularis</i> | |
| D7485 | Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea | |
| D9110 | Tratamiento paliativo (de urgencia) del dolor dental: procedimiento menor | No se permite con ningún otro servicio que no sean las radiografías. |
| D9230 | Inhalación de óxido nitroso/analgésia, ansiólisis | |

Nuestro plan no cubre lo siguiente:

- Implantes dentales
- Costo por no acudir a las citas con el dentista
- Procedimientos dentales recibidos de un proveedor fuera de la red
- Procedimientos dentales que no figuran en la lista anterior de códigos de beneficios dentales
- Procedimientos dentales únicamente por razones cosméticas/estéticas
- Procedimientos dentales que no se ajustan a las directrices de la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association, ADA), como se indica en el Manual del Proveedor de DentaQuest

Se aplican limitaciones y exclusiones a los beneficios mencionados. Si tiene alguna pregunta o desea conocer los detalles de los beneficios, visite www.BannerHealth.com/MA o llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Banner Medicare Advantage Dual?

| |
|--|
| Sección 3.1 Servicios <i>no</i> cubiertos por Banner Medicare Advantage Dual |
|--|

Los siguientes servicios no están cubiertos por Banner Medicare Advantage Dual, pero sí están disponibles mediante AHCCCS (Medicaid):

**Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona
Planes de necesidades especiales de Medicare Advantage para miembros con doble elegibilidad
Beneficios para 2025**

Para que usted pueda entender mejor sus opciones de atención médica, la siguiente tabla señala sus cargos por ciertos servicios bajo el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Medicaid), como una persona que tiene Medicare y AHCCCS (Medicaid).

Su responsabilidad del costo compartido de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

- Beneficiario Calificado de Medicare (QMB): \$0. Su cantidad de costos compartidos de Medicare será pagada por su Plan de Salud de AHCCCS (Medicaid), a menos que se indique lo contrario a continuación.
- No QMB con las Partes A y B de Medicare: su cantidad de costos compartidos de Medicare será pagada por su Plan de Salud de AHCCCS (Medicaid) únicamente cuando el beneficio también esté cubierto por AHCCCS (Medicaid).

| Beneficio | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u>, usted paga: | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u>, usted paga: |
|---|---|--|
| PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1) | | |
| Hospitalización | \$0 | \$0 |
| Hospitalización como paciente de salud conductual | \$0 | \$0 |
| Servicios de centros de enfermería | \$0 | \$0 |
| Consulta de atención médica en el hogar | \$0 | \$0 |
| Consultas con el doctor de atención primaria (PCP) | \$0 | \$0 para consultas de chequeo y de \$0 a \$4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante (2). \$0 para personas de 20 años y menores. |
| Consulta con un especialista | \$0 | \$0 para consultas de chequeo y de \$0 a \$4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. \$0 para personas de 20 años y menores. |
| Servicios cubiertos por Medicare, incluyendo administración de casos crónicos/complejos, etc. | \$0 | \$0 para personas de 20 años y menores. <i>No está cubierto para personas de 21 años en adelante.</i> |
| Consultas quiroprácticas | \$0 | \$0 para personas de 20 años y menores; de \$0 a \$2.30 para personas mayores de 21 años según la elegibilidad (2), para un máximo de 20 consultas médicamente necesarias a partir del 1 de octubre de cada año (podrían |

| Beneficio | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u>, usted paga: | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u>, usted paga: |
|---|---|---|
| PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1) | | |
| | | autorizarse visitas adicionales si son médicamente necesarias). |
| Consulta con Servicios de podología | \$0 | \$0 |
| Consulta ambulatoria para salud conductual | \$0 | \$0 |
| Consulta para atención ambulatoria por abuso de sustancias | \$0 | \$0 |
| Consulta ambulatoria en centro quirúrgico o centro hospitalario | \$0 | De \$0 a \$3 dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. \$0 para personas de 20 años y menores. |
| Servicios de ambulancia | \$0 | \$0 |
| Servicios de emergencia | \$0 | \$0 |
| Consulta de Atención médica urgente | \$0 | De \$0 a \$4 dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. \$0 para personas de 20 años y menores. |
| Consulta por terapia ocupacional/física/del habla ambulatoria | \$0 | De \$0 a \$3 dependiendo en la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. \$0 para personas de 20 años y menores. |
| Equipo médico duradero | \$0 | \$0 |
| Dispositivos protésicos | \$0 | \$0. La extremidad o articulación controlada por un microprocesador de miembros inferiores no está cubierta para personas de 21 años en adelante. |
| Capacitación para autocontrol de la diabetes y suministros (cuando | \$0 | \$0 |

| Beneficio | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u>, usted paga: | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u>, usted paga: |
|---|---|---|
| PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1) | | |
| se ofrece como parte de una consulta con el PCP) | | |
| Consulta con un trabajador de la salud de la comunidad (Community Health Worker, CHW) | \$0 | \$0 |
| Servicios de procedimientos de diagnóstico, radiografías y laboratorio (incluidos los servicios de diagnóstico y pruebas de COVID-19) | \$0 | \$0 |
| Prueba de detección colorrectal | \$0 | \$0 |
| Vacunas contra la gripe y neumonía | \$0 | \$0 |
| Mamografía | \$0 | \$0 |
| Examen de papanicolaou y pélvico | \$0 | \$0 |
| Prueba de detección de cáncer de próstata | \$0 | \$0 |
| Diálisis renal o terapia alimenticia para la enfermedad renal en fase terminal | \$0 | \$0 |
| Medicamentos recetados (3) | \$0 | De \$0 a \$2.30 dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años en adelante. \$0 para personas de 20 años y menores. |
| Exámenes de Audición, Pruebas de Audición de Rutina y Evaluaciones de ajuste para Audífonos | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. |
| Audífonos | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. |

| Beneficio | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>con doble elegibilidad QMB</u>, usted paga: | Como persona del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) <u>sin doble elegibilidad QMB</u>, usted paga: |
|--|---|---|
| PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO (1) | | |
| Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y armazón | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas mayores de 21 años, excepto después de una cirugía de cataratas. | \$0 para personas de 20 años y menores. No está cubierto para personas de 21 años en adelante. |
| Servicios dentales de emergencia para adultos | \$0 para personas de 21 años en adelante. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año. | \$0 para personas de 21 años en adelante. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año. |
| Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia | \$0 | \$0 |
| SOLO PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS A LARGO PLAZO (1) | | |
| Servicios de centros de enfermería | El costo compartido es determinado por AHCCCS. | El costo compartido es determinado por AHCCCS. |
| Servicios para dar descanso | \$0. <i>Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i> | \$0. <i>Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i> |
| Servicios basados en el hogar y la comunidad | Contribución de los miembros determinado por AHCCCS. | Contribución de los miembros determinado por AHCCCS. |
| Servicios dentales preventivos para adultos (4) | \$0 para personas de 21 años en adelante. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i> | \$0 para personas de 21 años en adelante. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i> |

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

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

En esta sección, se describen los servicios que se excluyen.

La siguiente tabla describe algunos de los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solo en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo determinadas circunstancias que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

| Servicios no cubiertos por Medicare | No cubiertos en ninguna circunstancia | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|--|--|---|
| Acupuntura. | | <ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. |
| Cirugía o procedimientos cosméticos. | | <ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica. |

| Servicios no cubiertos por Medicare | No cubiertos en ninguna circunstancia | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|--|---|--|
| <p>Cuidado asistencial.</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p> | <p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p> | |
| <p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los artículos y los procedimientos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p> |
| <p>Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p> | <p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p> | |
| <p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p> | <p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p> | |
| <p>Entrega de comidas a domicilio.</p> | | <p>Cubierto para solo para miembros del plan ACC.</p> |
| <p>Servicios de empleada doméstica incluyendo ayuda básica en el hogar, tal como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.</p> | <p>No cubiertos en ninguna circunstancia</p> | |

| Servicios no cubiertos por Medicare | No cubiertos en ninguna circunstancia | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|--|--|---|
| Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos). | No cubiertos en ninguna circunstancia | |
| Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies. | | <ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. |
| Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor. | No cubiertos en ninguna circunstancia | |
| Habitación privada en el hospital. | | <ul style="list-style-type: none"> • Solo se cubre cuando es médicamente necesario. |
| Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados. | No cubiertos en ninguna circunstancia | |
| Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión. | No cubiertos en ninguna circunstancia | |
| Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original. | No cubiertos en ninguna circunstancia | |

CAPÍTULO 5:

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

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



¿Cómo obtiene información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que es elegible para el AHCCCS (Medicaid), usted reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta según su AHCCCS (Medicaid) poniéndose en contacto con su plan de salud de AHCCCS (Medicaid) o con la oficina de AHCCCS (Medicaid) indicada en el Capítulo 2.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

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

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede obtener sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir aprobación para que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan****Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.BannerHealth.com/MA) o llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de nuestro Centro de Atención al Cliente o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el

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

aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias*, en www.BannerHealth.com/MA, o llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

Sección 2.3 **Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan**

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo:

- Llame al equipo de la farmacia de pedido por correo de Banner al 844-747-6441, TTY 711, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. (hora de Arizona). O, si tiene preguntas generales, visite www.BannerHealth.com/pharmacy.
 - Para pedir medicamentos con receta en la farmacia de pedido por correo de Banner, visite BannerHealth.MedRefill.com o descargue la aplicación Banner Rx disponible en Google Play o Apple Store. Después de introducir toda la información solicitada, seleccione “BFP - Chandler” como su tienda preferida para la entrega a domicilio. A través de la aplicación, puede ver sus recetas, pedir reposiciones, transferir recetas y personalizar recordatorios para tomar sus medicamentos y reposiciones, o utilizarla para el seguimiento de las entregas.
- También puede ponerse en contacto con Express Scripts Mail Order Pharmacy al teléfono (800) 282-2881 (TTY (800) 716-3231), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o en línea, en www.Express-Scripts.com.
- O llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

Por lo general, el pedido a la farmacia que presta el servicio de pedido por correo le será entregado en 10 días como máximo. Si por alguna razón su pedido se retrasa, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener asistencia.

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

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando a su farmacia de pedido por correo.

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

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando a su farmacia de pedido por correo.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedido por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que sus medicamentos con receta vigentes se agoten para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento de la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras, tal vez, no acepten las cantidades de costo compartido más bajas. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de farmacias*, www.BannerHealth.com/MA, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con nuestro Centro de Atención al Cliente** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. 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 de la red.

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

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o con la atención necesaria de urgencia.
- Si viaja dentro de Estados Unidos pero fuera de nuestra área de cobertura, puede enfermarse o perder o quedarse sin medicamentos con receta. Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si no dispone de una farmacia de la red.
- Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si no dispone de una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos un reembolso. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

| | |
|--------------------|---|
| 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 denominamos **Lista de medicamentos para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este.

La Lista de medicamentos incluye los que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Puede ponerse en contacto con su plan de salud de AHCCCS (Medicaid) o con la oficina de AHCCCS (Medicaid) para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos. Los números de AHCCCS (Medicaid) se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Por lo general, cubriremos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo, y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento *que esté en una de estas condiciones*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca comercial. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan “biosimilares”. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca comercial o producto biológico original, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca comercial y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación del Estado, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden reemplazarse por medicamentos de marca comercial.

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no se encuentre en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

| | |
|--------------------|---|
| Sección 3.2 | ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? |
|--------------------|---|

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo electrónico.
2. Visite el sitio web del plan (www.BannerHealth.com/MA). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real-Time Benefit Tool) del plan ([Herramienta de beneficios en tiempo real](#) o llame a nuestro Centro de Atención al Cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

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

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de doctores y farmacéuticos creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

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

Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no

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

le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

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

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

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

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no se encuentra en nuestro formulario o está en el formulario pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca comercial que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan deberá proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya se encuentra tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O debe tener actualmente algún tipo de restricción.**

- **Si es miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 31 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que hayan sido miembros del plan durante más de 90 días y residan en un centro de atención a largo plazo, y necesiten un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Para miembros cuyo nivel de atención cambia:** Si reside en un centro de atención a largo plazo, le permitiremos reponer su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición para 31 días, de acuerdo con el incremento de la dispensación (a menos que tenga una receta para menos días). Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlo es limitada, pero ya ha pasado los primeros 90 días de membresía a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta para menos días) mientras busca una excepción al formulario.

Es posible que tenga que surtir nuevas recetas para los medicamentos que estaba tomando si tiene un cambio de nivel de atención como:

- Miembros que reciben el alta hospitalaria.
- Miembros que terminan su estancia en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los gastos de farmacia) y que necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D.
- Miembros que renuncian a la condición de hospicio para volver a los beneficios estándar de la Parte A y B de Medicare.
- Miembros que terminan una estancia en un centro de cuidados de larga duración y vuelven a la comunidad.
- Miembros que son dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes posológicos muy individualizados.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

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

En el período durante el cual esté utilizando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

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

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de respaldo de su persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

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

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

| |
|--|
| Sección 6.1 La Lista de medicamentos se puede modificar durante el año |
|--|

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca comercial por una versión genérica.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos de este capítulo.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que usted esté tomando?****Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. En esta sección, se describen los tipos de cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos y cuándo usted recibirá un aviso directo si los cambios se realizan en un medicamento que usted está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente quitar un medicamento similar de la Lista de medicamentos o hacerle cambios.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que de inmediato quitemos un medicamento similar de la Lista de medicamentos, lo movamos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones, o ambos. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregaremos una nueva versión genérica de un medicamento de marca comercial o determinadas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Es posible que hagamos estos cambios de inmediato y le avisemos posteriormente, incluso si usted está tomando el medicamento que quitaremos o al que le haremos cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realicemos el cambio, le avisaremos sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y quitar un medicamento similar de la Lista de medicamentos o hacerle cambios con un aviso anticipado.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que quitemos un medicamento similar de la Lista de medicamentos, lo movamos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones, o ambos. La versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios solo si agregaremos una nueva versión genérica de un medicamento de marca comercial o determinadas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le avisaremos que hicimos el cambio con al menos 30 días de anticipación o le diremos del cambio y cubriremos un surtido adicional para 31 días de la versión del medicamento que usted está tomando.

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

- **Quitar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, es posible que eliminemos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos después de que hagamos el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 31 días del medicamento que usted está tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que le funcionarían mejor, como cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo un medicamento o una versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se encuentran descritos con anterioridad. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en este.

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted esté tomando (con excepción de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca comercial por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que pague como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos de este tipo de cambios de forma directa durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por AHCCCS (Medicaid), deberá pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *para una indicación no autorizada* de un medicamento cuando dicho uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados bajo AHCCCS (Medicaid), póngase en contacto con AHCCCS (Medicaid) o vea su formulario de AHCCCS (Medicaid). Los números de teléfono de AHCCCS (Medicaid) se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que, por lo general, no se cubren. Sin embargo,

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

si tiene una cobertura para medicamentos a través de AHCCCS (Medicaid), el programa AHCCCS (Medicaid) de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa AHCCCS (Medicaid) de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de AHCCCS (Medicaid) en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía en el plan, que figura en su tarjeta de membresía, y su tarjeta de AHCCCS (Medicaid) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía con usted?

Si no tiene la información de su membresía en el plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o usted puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Después, puede **solicitarnos que le reembolsemos.** Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubra el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

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

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

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

Consulte el *Directorio de farmacias*, www.BannerHealth.com/MA, para averiguar si la farmacia del centro de LTC, o la que sea que este utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

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

| | |
|--------------------|---|
| Sección 9.3 | ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? |
|--------------------|---|

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no estén cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que proporcione un aviso antes de surtir su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

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

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo

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

- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus opioides con receta y otros medicamentos frecuentemente utilizados de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus personas autorizadas a dar recetas y, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta podría no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinadas personas autorizadas a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o su cantidad, le enviaremos una carta con antelación. En la carta, se le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos en su caso, o si tendrá que conseguir las recetas para estos medicamentos únicamente a través de una farmacia o una persona autorizada a dar recetas específica. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere importante para nosotros. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación impuesta, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, transferiremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No podremos ubicarlo en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o la enfermedad de células falciformes, si recibe atención en un

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

hospicio, atención paliativa o atención de final de vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y doctores creó el programa para nosotros con el fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros se beneficien al máximo de los medicamentos que tomen.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de los costos de medicamentos, o que están en un DMP que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, los costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, cuándo los toma y la razón por la que lo hace. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es aconsejable hablar con su doctor sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga su lista de medicamentos al día y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

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

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 11.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D)

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se lo denomina **costo que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, los pagos que su familia o amigos hicieron por esos medicamentos y los pagos para sus medicamentos que haya hecho “Ayuda adicional” de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de *beneficios* (*Explanation of Benefits, EOB*) de la Parte D. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina “información del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento, si corresponde.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 11.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos**

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

CAPÍTULO 6:

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

**¿Cómo obtiene información sobre los costos de sus medicamentos?**

Debido a que es elegible para el AHCCCS (Medicaid), usted reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.**

CAPÍTULO 7:

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

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envía la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios y los medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama **reembolsar**). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envía una factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o, tal vez, por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido, tal como se indica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

- Si paga la cantidad total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar una cantidad que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado el servicio, le haremos un reembolso.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente. Sin embargo, a veces, cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le hagamos un reembolso por sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. Deberá enviarnos cierta documentación, tal como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para acceder a un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Es posible que no le paguemos el costo total que usted pagó si el precio en efectivo abonado es mayor que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su doctor para reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le paguemos el costo total que usted pagó si el precio en efectivo abonado es mayor que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, examinaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento se debe cubrir. A esto se lo denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, le reembolsaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento posee información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos un reembolso llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación en el plazo de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para solicitarnos el pago por atención médica, envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo de pago a esta dirección:

Banner Medicare Advantage Dual
Attn: Customer Care Center
5255 E Williams Circle, Ste 2050
Tucson, AZ 85711

Para solicitudes de pago por medicamentos con receta, envíenos por correo o fax su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo de pago a esta dirección:

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718
Fax: 608-741-5483

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no****Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos por el servicio o el medicamento. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si pagó el costo total de un servicio o medicamento, podría no recibir un reembolso de la cantidad total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

| | |
|--------------------|---|
| Sección 1.1 | Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) |
|--------------------|---|

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante nuestro Centro de Atención al Cliente al 877-874-3930, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

| | |
|--------------------|--|
| Section 1.1 | We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) |
|--------------------|--|

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. This document is available for free in 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 our Customer Care Center.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

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 our Customer Care Center at 877-874-3930, TTY 711. 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 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una derivación para acudir a proveedores de la red.

Usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y a recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su información de salud personal incluye la **información personal** que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse o no.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 1.4 | Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos |
|--------------------|--|

Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.

- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina: “apelación”.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 1.5 | Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención |
|--------------------|---|

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus doctores y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus doctores acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos involucrados en su atención médica. Deben informarle por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Poder decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su doctor le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus doctores instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante Arizona Medical Board en 1740 W. Adams Street, Suite 4000, Phoenix, AZ 85007 o llamando al 877-255-2212 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

- Puede **llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta Evidencia de cobertura para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 contienen información sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al doctor y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.
 - Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según se informaron en su última declaración de impuestos), tiene que continuar pagando esta cantidad directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que usa para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominadas reclamos.

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación integrada de la organización, determinación de cobertura o determinación de riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental conformado por asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para

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

tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de AHCCCS (Medicaid)

Para obtener más información sobre AHCCCS (Medicaid), puede llamar al Centro de Atención al Solicitante y al Cliente de AHCCCS (Medicaid) al 855-HEA-PLUS (855-432-7587), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (Servicio de retransmisión de AZ para personas con discapacidad auditiva: 1-800-367-8939).

Si sufre retrasos o necesita ayuda para acceder a los servicios de salud conductual, llame a la Unidad de Resolución Clínica de AHCCCS (Medicaid) al 1-800-867-5808.

Para obtener información de contacto de AHCCCS (Medicaid), consulte la Sección 6 del Capítulo 2, en la parte delantera de este documento.

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y las apelaciones de Medicare y AHCCCS (Medicaid) en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid). La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y AHCCCS (Medicaid). A veces, esto se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, procesos de Medicare y de AHCCCS (Medicaid).

En ocasiones, los procesos de Medicare y AHCCCS (Medicaid) no se combinan. En esos casos, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de AHCCCS (Medicaid) para un beneficio cubierto por AHCCCS (Medicaid). Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, *Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2*.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La información que aparece a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o AHCCCS (Medicaid)**.

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

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos o servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte B) se cubre o no, la forma en que se cubre y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo, **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, con el término **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su doctor de la red del plan lo deriva a un especialista que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su doctor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio al cual ha sido derivado no se cubre en ninguna circunstancia. Usted o su doctor, además, puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor no está seguro de que cubramos un servicio médico en particular, o se rehúsa a brindar atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio de atención médica antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se

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

retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no se siente satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 respecto de la atención médica, esta pasará automáticamente al Nivel 2, a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación por la atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.2 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación**

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede comunicarse con nosotros llamando a nuestro Centro de Atención al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su doctor u otro proveedor de atención médica puede realizar la solicitud por usted.** Si su doctor lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente y solicite el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA).
 - Su doctor u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su doctor u otro proveedor de atención médica solicita que un servicio o un artículo que usted ya recibe continúe durante su apelación, **es posible** que deba nombrar a su doctor u otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

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

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 5.3 | ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? |
|--------------------|---|

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo, Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo, Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo, Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo, Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

| | |
|--------------------|---|
| Sección 6.1 | Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos su atención |
|--------------------|---|

En esta sección, se describen sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

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

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor de atención médica, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica (que estaba recibiendo) se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede *solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no el pago de artículos ni servicios ya recibidos).

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

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándar podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su doctor nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su doctor, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su doctor o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

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

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un calendario acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas, si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos algo más que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica que todavía no ha recibido, usted o su doctor deberá decidir si necesita una apelación rápida. Si su doctor nos dice que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación comunicándose con nosotros. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.**

Si le comunicamos que suspenderíamos o reduciríamos los servicios o los artículos que ya estaba obteniendo, es posible que pueda seguir recibéndolos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o un artículo que actualmente recibe, le enviaremos un aviso antes de realizar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o el artículo si usted solicita una apelación de Nivel 1 en el plazo de 10 días calendario de la fecha que figura en el sello de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción, lo que ocurra con posterioridad.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o el artículo sin cargo mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujetos a su apelación) sin cargo.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información comunicándonos con usted o con su doctor.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar

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

automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
 - **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** o **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una carta.
 - Si su problema es por la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare, en la carta, le comunicaremos que enviamos su caso a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema es por la cobertura de un servicio o un artículo de AHCCCS (Medicaid), en la carta le comunicaremos cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2****Término legal**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE** (del inglés, Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema es por un servicio o un artículo que usualmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones no bien la apelación de Nivel 1 finalice.
- Si su problema es por un servicio o un artículo que usualmente está **cubierto por AHCCCS (Medicaid)**, usted puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. En la carta, le diremos cómo hacerlo. La información también se consigna a continuación.
- Si su problema es por un servicio o un artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid)**, usted recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia justa con el Estado.

Si reunió los requisitos para continuar recibiendo los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, es posible que también continúe recibiendo sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento de la apelación durante el Nivel 2. Vaya a la página 160 para obtener información sobre cómo continuar recibiendo sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es por un servicio que usualmente solo está cubierto por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema es por un servicio que usualmente está cubierto por AHCCCS (Medicaid), sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en el plazo de 10 días calendario después de haber recibido la carta con la decisión del plan.

Si su problema es por un servicio o un artículo que usualmente Medicare cubre, haga lo siguiente:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en el plazo de 72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.

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

- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica el proceso de las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Si su problema es por un servicio o un artículo que usualmente AHCCCS (Medicaid) cubre, haga lo siguiente:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia justa con el Estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios que usualmente AHCCCS (Medicaid) cubre es una audiencia justa con el Estado. Debe solicitar una audiencia justa por escrito o por teléfono **en el plazo de 90 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. En la carta que le enviamos, le comunicaremos dónde presentar su solicitud para la audiencia.
- Puede enviar una solicitud para una audiencia justa con el Estado a la siguiente dirección:
Banner – University Family Care/ALTCS
Attention: SFH Process – Grievance and Appeals
5255 E Williams Circle, Ste 2050
Tucson, AZ 85711

Fax: 866-465-8340 o enviar un correo electrónico a
BUHPGrievances@bannerhealth.com

Paso 2: La oficina de la audiencia justa le da su respuesta.

La oficina de la audiencia justa le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la oficina de la audiencia justa acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o el artículo en el plazo de 72 horas de recibida la decisión de la oficina de la audiencia justa.

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

- **Si la oficina de la audiencia justa rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe aprobar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si la decisión consiste en el rechazo de una parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo hacer otra apelación?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la oficina de la audiencia justa consiste en el rechazo de una parte o la totalidad de lo que solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

En la carta que le enviará la oficina de la audiencia justa, se describirá la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 6.5 | ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió en concepto de atención médica? |
|--------------------|--|

Si usted ya pagó un servicio o artículo de AHCCCS (Medicaid) cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero, a menudo, se la llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Cuando nos envía una factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

Si quiere que le reembolsemos el costo de un servicio o un artículo de **Medicare** o si nos solicita que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o un artículo de AHCCCS (Medicaid) que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del costo que nos corresponde generalmente en un plazo de 30 días calendario y antes de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y las razones.

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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 6.3. En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

| | |
|--------------------|---|
| Sección 7.1 | Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D |
|--------------------|---|

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones, costos y medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos o medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos o Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir de la manera como está hecha, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, la autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra Lista de medicamentos.**

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

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o las restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

Su doctor o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su doctor o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. Las **decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Estar solicitando un *medicamento que aún no recibió*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándar podría *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.

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

- **Si su doctor o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo sin el apoyo de su doctor ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su doctor u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *CMS Model Coverage Determination Request Form* (Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS) o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su doctor (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que constituye las razones médicas para la excepción. Su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Término legal**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su doctor o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 877-874-3930.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *CMS Model Redetermination Request Form* (Formulario de solicitud de redeterminación de cobertura modelo de CMS), el cual está disponible en nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.

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

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su doctor o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.

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

- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE** (del inglés, Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, doctor u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**. Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.

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

- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su doctor o el personal del hospital se la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita asistencia, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su doctor. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

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

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.
 3. **Guarde la copia** del aviso en un lugar práctico para tener acceso a la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de irse del hospital y **de la medianoche del día de su alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello** mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si usted no cumple con este plazo**, póngase en contacto con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta, **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la rechaza, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanzará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 8.3 | Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital |
|--------------------|---|

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

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

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 **Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto**

| | |
|--------------------|--|
| Sección 9.1 | Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) |
|--------------------|--|

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar su atención.**

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura**Término legal**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros expertos de la salud a los que le paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de

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

las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, es posible que igualmente tenga derechos de apelar. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

| Término legal |
|---|
| Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura. |

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también consultará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**

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

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la rechazan, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1, **y** usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 9.4 | Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado |
|--------------------|---|

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Podría pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindarle la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

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 se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

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

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de AHCCCS (Medicaid)

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es por servicios o artículos que AHCCCS (Medicaid) usualmente cubre. En la carta que le envía la oficina de la audiencia justa, se le comunicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelaciones.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitarle a la Administración que la reconsidere o puede apelar ante el Tribunal Superior. Si opta por presentar una Solicitud para una nueva audiencia o para una revisión, es posible que se le otorgue una nueva audiencia o una revisión solo si puede establecer una de las siguientes causas:

1. Irregularidades en el procedimiento de la audiencia que lo privaron de una audiencia justa.
2. Conducta indebida de una parte o una agencia.
3. Pruebas materiales recientemente halladas que, con diligencia razonable, no podrían haberse descubierto y presentado en la audiencia.
4. Que la decisión del director se debe a una cuestión de pasión o prejuicio.
5. Que la decisión del director no está justificada por las pruebas o es contraria a la ley.
6. O bien, se establece una buena causa que justifica la no comparecencia de una parte en la audiencia.

Debe presentar su solicitud en el plazo de 30 días de la fecha de la decisión. El plazo de treinta (30) días comienza cinco (5) días después de la fecha que figura en el sello postal de la decisión del director que recibió por correo postal.

La Administración de AHCCCS debe recibir la Solicitud para una nueva audiencia o para una revisión antes del trigésimo (30.º) día; si su Solicitud para una nueva audiencia o para una revisión se envía por correo postal o se sella el trigésimo (30.º) día o antes, pero AHCCCS (Medicaid) la recibe después del trigésimo (30.º) día, se considerará que no se recibió a tiempo y se rechazará. Si efectivamente presenta una Solicitud para una nueva audiencia o para una revisión, debe enviar una copia de su Solicitud por correo postal a todas las demás partes. Tenga a bien enviar por correo postal las solicitudes para una nueva audiencia a la siguiente dirección:

AHCCCS Office of the General Counsel
Attn: Director's Designee PO Box 25520, Mail Drop 6200
Phoenix, AZ 85002

O envíe un fax al siguiente número: 602-253-9115 Attn: Director's Designee

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que aprobó el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

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 su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en el plazo de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| Calidad de su atención médica | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| Respeto de su privacidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Centro de Atención al Cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| Tiempos de espera | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro Centro de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta o para recibir una receta. |
| Limpieza | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un doctor? |

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

| Queja | Ejemplo |
|---|--|
| Información que obtiene de nosotros | <ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender? |
| Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones). | <p>Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos ha pedido una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Utilizar el proceso de quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente. Si debe hacer algo más, nuestro Centro de Atención al Cliente se lo indicará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

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

- Tiene derecho a presentar una queja si tiene un problema o una preocupación que no tenga que ver con una determinación desfavorable sobre el pago o la autorización de servicios o suministros (que no sea una determinación de cobertura, una determinación de organización o una determinación de Subsidio por bajos ingresos o de Multa por inscripción tardía). Si tiene preguntas sobre este proceso o desea presentar una queja, póngase en contacto con nosotros. Puede hacerlo en persona, por teléfono o por escrito. Nuestra información de contacto:

Banner Medicare Advantage Dual
5255 E Williams Circle, Ste 2050
Tucson, AZ 85711

Centro de Atención al Cliente: 877-874-3930, TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Fax: 866-873-0029

Su queja debe realizarse en un plazo de 60 días después de haber experimentado el problema. Banner Medicare Advantage Dual se esfuerza por responder todas las quejas con celeridad. Si nos llama y no podemos resolver su queja por teléfono, le responderemos en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de presentación de la queja. El tiempo máximo que Banner Medicare Advantage Dual puede tardar en responder a una queja es de 30 días. Si Banner Medicare Advantage Dual necesita más información o el retraso es para su beneficio, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales para responder su queja. Le notificaremos la necesidad de la prórroga de 14 días calendario, el motivo de la prórroga, por qué le conviene y las instrucciones sobre cómo presentar una queja “rápida” o acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de aceptar la prórroga. Si presenta un reclamo por escrito, tiene una queja relacionada con la calidad de la atención o pide una respuesta por escrito, Banner Medicare Advantage Dual le responderá por escrito.

Tiene dos opciones para presentar una queja por la calidad de la atención: Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante Banner Medicare Advantage Dual o directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO). En Arizona, la QIO es Livanta BFCC-QIO y su información de contacto es:

Livanta BFCC-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

Teléfono: 877-588-1123

TTY: 855-887-668

Fax: 855-694-2929

Si le ha pedido a Banner Medicare Advantage Dual una decisión de cobertura “rápida” o acelerada para una cobertura o apelación, y rechazamos su pedido, puede presentar una queja “rápida” o acelerada. Si no está de acuerdo con la decisión de Banner Medicare Advantage Dual de ampliar el plazo para que tomemos una determinación en cuanto a su cobertura, debemos tratar este desacuerdo como una queja “rápida” o acelerada. En el

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

caso de las quejas “rápidas” o aceleradas, Banner Medicare Advantage Dual le dará una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Ya sea que llame o se comunique por escrito, debe ponerse en contacto con el Centro de Atención al Cliente de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de ocurrido el problema sobre el que quiere quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Banner Medicare Advantage Dual directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Banner Medicare Advantage Dual puede ser **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide cancelar su membresía, pero nos vemos obligados a hacerlo. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

| |
|---|
| <h3>Sección 2.1 Es posible que usted pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y AHCCCS (Medicaid)</h3> |
|---|

- La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Dado que usted tiene AHCCCS (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluido lo siguiente:
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática).
 - Si reúne los requisitos, un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado que le brinde Medicare y la mayoría o la totalidad de los beneficios y los servicios de AHCCCS (Medicaid) en un plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina Estatal de AHCCCS (Medicaid) para aprender sobre las opciones de planes de AHCCCS (Medicaid) a su disposición (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare durante el **Período de inscripción anual**. La Sección 2.2 brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará al final del primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en el que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en el que tienen derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 2.4 | En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial |
|--------------------|---|

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene AHCCCS (Medicaid).
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid).

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si 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 deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid) y “Ayuda adicional”.

| | |
|--------------------|--|
| Sección 2.5 | ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? |
|--------------------|--|

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.**
- Encontrar la información en el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025).
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 **¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiarse de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se le dará de baja automáticamente de Banner Medicare Advantage Dual cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se le dará de baja automáticamente de Banner Medicare Advantage Dual cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

| Si desea cambiarse de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditada para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. | <ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Banner Medicare Advantage Dual cuando comience su cobertura en Medicare Original. |

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), comuníquese con el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) al 855-432-7587 (TTY: 800-842-6520) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo afecta la inscripción en otro plan o el regreso a Medicare Original a la cobertura del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS).

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía con Banner Medicare Advantage Dual y comience su nueva cobertura de Medicare y AHCCCS (Medicaid), debe continuar recibiendo artículos y servicios médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Banner Medicare Advantage Dual debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Banner Medicare Advantage Dual debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para AHCCCS (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid). Seguiremos proporcionando la cobertura de Medicare durante dos meses. Durante este tiempo, debe recuperar la elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) para permanecer en nuestro plan.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar una cantidad adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 5.2 | <u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u> |
|--------------------|---|

Banner Medicare Advantage Dual no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

| | |
|--------------------|---|
| Sección 5.3 | Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan |
|--------------------|---|

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a través de nuestro Centro de Atención al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, nuestro Centro de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, Banner Medicare Advantage Dual, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué doctores y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como un reemplazo de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de un reemplazo automático. Dicho reemplazo automático en la farmacia está sujeto a la legislación estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: la cantidad máxima que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare en virtud de AHCCCS (Medicaid), no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo que paga de su bolsillo).

Centro de Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Centro de Enfermería Especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un doctor.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditada para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: una cantidad que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que pueden pedirle que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Costo compartido: se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) un copago fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) un coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de la organización integrada: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o los artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o los artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de AHCCCS (Medicaid) con un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid). A estas personas también se las denomina “personas doblemente elegibles para beneficios completos”.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su doctor por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen la cantidad límite que paga de su bolsillo.

Etapa de cobertura para catástrofes: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra persona calificada en su nombre) ha gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan le solicita una autorización previa para un medicamento y usted desea que eliminemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la cual las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para ellas sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye las cantidades del costo compartido, medicamentos del formulario alternativos que podrían usarse para tratar la misma afección que un medicamento dado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límite que paga de su bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (AHCCCS) (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de AHCCCS (Medicaid) varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y AHCCCS (Medicaid).

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca comercial: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca comercial tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca comercial.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca comercial. Un medicamento genérico suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca comercial pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertos grupos de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertos por todos los planes.

Medicare Original (Medicare tradicional o plan de Medicare con pago por servicio):

Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidas por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Medicare: es el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditada (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios de los hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el plazo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y AHCCCS (Medicaid).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir personas elegibles que vivan en la comunidad, pero que requieran un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y la debe administrar una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que vivan en un centro de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratado, si fuera necesario para garantizar que se brinde una atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir personas elegibles que residan, o que se espera que residan, en un centro de atención a largo plazo (LTC) de forma permanente durante 90 días o más. Estos centros pueden incluir centros de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (Nursing Facilities, NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual (Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), centros psiquiátricos para pacientes internados o centros aprobados por CMS que prestan servicios similares de atención sanitaria a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o AHCCCS (Medicaid); y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención sanitaria similares a los otros tipos de instalaciones mencionadas. Un plan de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son Planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, definidas en el título 42, sección 422.2 del CFR, lo que incluye la restricción de la inscripción según los diversos grupos frecuentes de afecciones simultáneas y relacionadas clínicamente que se especifican en el título 42, sección 422.4(a)(1)(iv) del CFR.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y AHCCCS (Medicaid), que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programas of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de una Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces, llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare o todos ellos, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve de comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina “producto de referencia”.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de Descuento del Fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el doctor u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a doctores, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo integrado: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “Servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia constituye un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si es poco razonable, debido al tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones no previstas o los brotes no esperados de afecciones existentes. No obstante, las consultas de rutina a los proveedores que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes aun si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

Centro de Atención al Cliente de Banner Medicare Advantage Dual

| Método | Centro de Atención al Cliente: información de contacto |
|------------------|---|
| LLAME AL | 877-874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Nuestro Centro de Atención al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| TTY | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. |
| FAX | 520-874-3434 |
| ESCRIBA A | Banner Medicare Advantage Dual Attn: Customer Care Center 5255 E Williams Circle, Ste 2050 Tucson, AZ 85711 |
| SITIO WEB | www.BannerHealth.com/MA |

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Arizona es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

| Método | Información de contacto |
|------------------|--|
| LLAME AL | 800-432-4040 |
| TTY | 711 |
| ESCRIBA A | Arizona SHIP 1789 W. Jefferson Street, Site Code 950A Phoenix, AZ 85007 |
| SITIO WEB | des.az.gov |

Declaración sobre la divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-874-3930, TTY 711. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-874-3930, TTY 711. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-874-3930, TTY 711。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-874-3930, TTY 711。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-874-3930, TTY 711. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-874-3930, TTY 711. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-874-3930, TTY 711 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-874-3930, TTY 711. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-874-3930, TTY 711 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-874-3930, ТТТ 711. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-874-3930، تTY 711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-874-3930, TTY 711 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-874-3930, TTY 711. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-874-3930, TTY 711. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-874-3930, TTY 711. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-874-3930, TTY 711. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-874-3930, TTY 711 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP
877-874-3930, TTY 711

8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana

www.BannerHealth.com/MA