

 **Banner**
Medicare Advantage

2021

Evidencia de Cobertura

Maricopa | Pinal



Banner Medicare Advantage Plus PPO

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de Cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Banner – Medicare Advantage Plus PPO

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

Este plan, Banner Plus, es ofrecido por Banner Health Insurance Group. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a Banner Health Insurance Group. Cuando indica "plan" o "nuestro plan". significa Banner Plus.)

Proveedores fuera de la red o no bajo contrato no tienen ninguna obligación de tratar a miembros de Banner Plus, excepto en situaciones de emergencia. Para más información, llame al número de atención al cliente o revise esta Evidencia de Cobertura, incluso el copago que aplica para servicios fuera de la red.

Este documento está disponible en español gratuitamente.

Para más información, comuníquese con el centro de atención al cliente al (844) 549-1859. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Este documento podría estar disponible en otros formatos, incluyendo Braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame a nuestro número de Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859 (TTY: 711).

A partir del 1 de enero de 2022, los beneficios, las primas, el deducible y / o los copagos o coseguros pueden cambiar.

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

Banner Medicare Advantage Plus PPO cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (844) 549-1859 (TTY: 711).

H7273_EOC001CY21_C File & Use 9/25/2020

Evidencia de Cobertura de 2021**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente.

Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.

Capítulo 1. Su inicio como miembro	5
Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes	24
Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Banner Plus PPO) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.	
Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	41
Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted.....	59
Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles <i>no</i> como miembro de nuestro plan. Explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D.....	134
Explica las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos Parte D Le informa cómo usar la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> para encontrar cuáles son los medicamentos cubiertos por el plan. Detalla los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.	

Índice**Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. 158**

Explica las 4 etapas de la cobertura para medicamentos (*Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. Explica los 6 niveles de costo compartido para sus medicamentos Parte D y cuánto pagar por el medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 178

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 186

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 196

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan 259

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 269

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Índice

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 272

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Su inicio como miembro

Capítulo 1. Su inicio como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Banner Plus, que es un PPO de Medicare	7
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	Aquí está el área de servicio de Banner Plus	9
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o presencia legal	9
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?	9
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos.....	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía para las farmacias de nuestra red	11
Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (formulario)</i> del plan	12
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D.....	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Banner Plus.....	12
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima de su plan?	12
Sección 4.2	Hay varias maneras de pagar la prima de su plan.....	14
Sección 4.3	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?	15
SECCIÓN 5	¿Tiene usted que pagar la “penalidad de inscripción tardía” de la Parte D?.....	16
Sección 5.1	¿Qué es la “penalidad de inscripción tardía” de la Parte D?	16
Sección 5.2	¿Cuánto es la penalidad por inscripción tardía de la Parte D?.....	16
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la penalidad.....	17
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la penalidad por inscripción tardía de la Parte D?	18

SECCIÓN 6	¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	19
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos?	19
Sección 6.2	¿Cuánto es la cantidad de Parte D adicional?	19
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la penalidad de inscripción tardía de la Parte D?	19
Sección 6.4	¿Qué ocurre si no paga la cantidad adicional de la Parte D?	19
SECCIÓN 7	Mantenga su registro de membresía del plan actualizado.....	20
Sección 7.1	Cómo asegurarse de que tengamos información actualizada sobre usted.....	20
SECCIÓN 8	Protegemos la privacidad de su información de salud personal	21
Sección 8.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	21
SECCIÓN 9	Cómo otras aseguradoras trabajan con nuestro plan.....	21
Sección 9.1	¿Cual plan paga primero cuando tiene otro seguro?	21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Banner Plus, que es un PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare, y usted ha seleccionado obtener sus servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta por medio de nuestro plan, Banner Plus.

Existen diferentes tipos de planes médicos de Medicare. Banner Plus es un Plan PPO de Medicare Advantage PPO significa una Organización de Proveedores Preferidos) aprobada por Medicare y proporcionado por una compañía privada.

La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida de acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS) en: <https://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families> para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de Cobertura</i>?

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

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Banner Plus.

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Banner Plus cubre sus servicios. 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”.

Este contrato está en vigencia durante los meses que usted está inscrito en Banner Plus entre el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Banner Plus después del 31 de diciembre de 2021. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los centros para los servicios de Medicare & Medicaid) deberá aprobar a Banner Plus cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad
--

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- -- y -- Vive en nuestra área geográfica de servicios (la Sección 2.3 abajo describe nuestra área de servicio).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?
--

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

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

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio de Banner Plus

Aunque Medicare es un programa federal, Banner Plus está disponible solo a individuos que viven 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(s) área(s) de servicio incluye a estos condados en Arizona: Maricopa, Pinal

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Usted puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para el 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. Si usted no califica para permanecer como miembro en base a esto, Medicare (los centros para los servicios de Medicare & Medicaid) notificará a Banner Plus. Si usted no cumple con este requisito, Banner Plus deberá darle de baja.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

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

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



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios de salud cubiertos mientras esté en este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de miembro de Banner Plus, es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios de salud por su propia cuenta. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se la pidan si necesita servicios de hospital, hospicio, o participa en estudios de investigación rutinarios.

Estas son las razones por lo cual es tan importante: Si obtiene servicios cubiertos cuando su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul en vez de la tarjeta de miembro de Banner Plus mientras es miembro del plan, usted tendrá que pagar el costo por su propia cuenta.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a nuestro Centro de Atención al Cliente para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 *Directorio de Proveedores: Su guía para conocer los proveedores de nuestra red*

El *Directorio de Proveedores* enumera los proveedores de la red y abastecedores de equipo médica duradero de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, abastecedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros

de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.BannerMA.com.

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

Como miembro de nuestro plan, usted puede seleccionar recibir sus servicios de parte de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de parte de proveedores dentro y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y medicamento necesarios. Sin embargo, si usted usa un proveedor fuera de la red, usted parte del costo por los servicios cubiertos pueden ser más altos. Para más información, consulte el Capítulo 3 (*Usando la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una a través de nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Puede pedir más información sobre los proveedores de la red, y sus calificaciones, llamando al Centro de Atención al Cliente. También puede ver el *Directorio de Proveedores* en www.BannerMA.com o descargarlo de este sitio web. Tanto nuestro Centro de Atención al Cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3	<i>Directorio de Farmacias: Su guía para conocer las farmacias de nuestra red</i>
--------------------	--

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

Puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.BannerMA.com, se encuentra disponible un Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias. Revise el Directorio de Farmacias de 2021 para conocer cuáles son las farmacias que se encuentran en nuestra red.

Si usted no dispone de su copia de la *Lista de proveedores*, puede solicitar una copia de nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.BannerMA.com.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Banner Plus. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista deberá cumplir con los requisitos de Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Banner Plus.

La Lista de Medicamentos le informa si existen normas que restringen 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.BannerMA.com) o llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando usa los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe para ayudar a que comprenda y mantenga un registro de los pagos para sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe se conoce como *La Explicación de Beneficios de la Parte D* (“o la Parte D de EOB”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6, (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Banner Plus

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. SECCIÓN 2021 Su prima mensual de Banner Plus es \$40.00. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de

Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por AHCCCS (Medicaid) o un tercero).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a pagar a personas con recursos limitados por sus medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 contiene más información sobre este programa. Si usted califica, inscribiéndose en el programa puede reducir su la prima mensual de su plan.

Si usted *ya está inscrito* y necesita ayuda de este programa, es posible que la **información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura no le apliquen.**

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Si se inscribió para recibir los ”beneficios adicionales, “beneficios suplementarios opcionales”, entonces usted paga una prima adicional cada mes por estos beneficios extra. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Ofrecemos cobertura dental completa como una opción de beneficios suplementarios. Para más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 (*Beneficios Suplementarios Optativos Adicionales que usted puede adquirir*) . La prima para esta cobertura adicional es \$20.20 por mes.
- En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima estará constituida por la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si se requiere que pague la penalidad de inscripción tardía de Parte D, el costo de la penalidad de inscripción tardía depende de cuanto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. La Sección 5 del Capítulo 5 explica la penalidad de inscripción tardía de la Parte D.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Además de pagar la prima mensual del plan, a muchos miembros se les requiere pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 arriba, para calificar para nuestros plan, usted deberá tener ambas, la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos quienes no califican para las primas gratis de Parte A) pagan una prima por la Parte A

de Medicare. La mayoría de los miembros pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted deberá continuar pagando sus primas de Medicare para mantenerse como miembro de este plan.**

A algunos miembros se le puede requerir pagar un cargo adicional, conocido como la cantidad de ajuste mensual relacionado con sus ingresos de la Parte D, debido a que hace 2 años tuvieron un ajuste de ingresos brutos modificado sobre cierta cantidad en sus declaraciones de impuestos. Miembro sujetos a un IRMAA tendrán que pagar la cantidad de la prima estándar y este cargo adicional, el cual será añadido a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica el IRMAA con más detalles.

- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare **cancelará** su inscripción en el plan.
- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole sobre cuál es la cantidad adicional.

También puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare & You 2021* provee información sobre estas primas en la sección titulada “2021 Medicare Costs.” Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2021* en la página web (www.medicare.gov). También puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Hay varias maneras que usted puede pagar su prima del plan

Hay tres maneras de pagar su prima del plan. Nuestro Centro de Atención al Cliente puede ayudar con las opciones de pago de la prima. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

Le enviaremos un estado de cuenta mensual para el pago de la prima. El estado de cuenta indicará la cantidad que debe y a dónde debe de enviar el pago. También puede inscribirse para pagar en línea y hacer sus pagos electrónicamente.

Si decide cambiar la manera de pagar su prima, puede tomar hasta tres meses para que el nuevo método de pago tome efecto. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable por asegurarse que sus primas se paguen a tiempo.

Si usted tiene alguna pregunta sobre su prima o cuánto sería la penalidad de inscripción tardía de la Parte D, o si tiene problemas para pagar, llame al Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859 o para usuarios de TTY, llame al 711. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Uno de nuestros representantes lo ayudará.

Opción 1: Usted puede pagar con cheque.

Le enviaremos sus estados de cuenta mensualmente. Su pago debe recibirse al 15 de cada mes. Puede pagar su prima con cheque o por giro postal. Incluya su cupón de pago y asegúrese de escribir su número de miembro de Banner Plus en su cheque o giro postal para acreditar adecuadamente su cuenta.

El pago deberá hacerse a nombre de Banner Plus y envíelo a:

Banner Health Insurance Group
P. O. Box 741677
Los Angeles, CA 90074-1677

Usted es responsable por cualquier cargo bancario por cheques devueltos debido a fondos insuficientes.

Opción 2: Pague en línea.

Nuestro portal en línea es una opción segura, rápida y sin cargo postal para que nuestros miembros paguen sus primas. Una vez se inscriba como miembro, diríjase a www.BannerMA.com y regístrese. Usted puede seleccionar pagos recurrentes automáticos o hacer pagos individuales.

Opción 3: Usted puede seleccionar que le cobren la prima mensualmente de su cheque del Seguro Social.

Usted puede seleccionar que le cobren la prima mensualmente de su cheque del Seguro Social. Comuníquese con el centro de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar por sus primas mensuales de esta manera. Con gusto lo ayudaremos. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas pagando su prima

Su pago debe recibirse al 15 de cada mes. Si está teniendo problemas pagando su prima a tiempo, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente para averiguar si podemos dirigirlo a algún programa que pueda ayudar con el pago de la prima del plan. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

En el futuro, si usted desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o cualquier otro plan que ofrecemos) y tiene un balance atrasado, usted tendrá que pagar ese balance antes de inscribirse.

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

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en el mes de septiembre y el cambio será efectivo el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede necesitar comenzar a pagar o puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía se puede aplicar si hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvo una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”.) Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “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 su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), estará sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez se quedó sin cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más.

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

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar “la penalidad de inscripción tardía” de la Parte D?

SECCIÓN 5.1 ¿Qué es “la penalidad de inscripción tardía” de la Parte D?

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos con receta, usted no pagará una penalidad de inscripción tardía.

La penalidad de inscripción tardía es un monto que se añade a su prima de la Parte D. Usted deberá una penalidad de inscripción tardía de la Parte D si después que el período inicial de su inscripción cese, hay un período seguido de 63 días o más cuando no habrá tenido Parte D o cualquier cobertura de medicamentos con receta acreditable. “Cobertura acreditable de medicamentos con receta” significa que la cobertura cumple con los estándares mínimos debido a que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la penalidad de inscripción tardía de Parte D, depende de cuanto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Usted tendrá que pagar esta penalidad por el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual. Cuando primero se inscribe en Banner Plus, le informaremos la cantidad de la multa.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima mensual.

SECCIÓN 5.2 ¿Cuánto es la penalidad por inscripción tardía de la Parte D?

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

- Primero, cuente el número completo de meses que usted se atrasó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de calificar para inscribirse. O cuente el número completo de meses en los cuales no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable, si la interrupción de cobertura fue de 63 o más días. La penalidad es 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si tuvo 14 meses sin cobertura, la penalidad será un 14%.
- Cuando Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación durante el año anterior. Para el 2021, la cantidad de la prima promedio fue \$33.06.
- Para calcular su penalidad mensual, usted multiplica el porcentaje de la penalidad y la prima mensual promedio y luego redondea a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo dado aquí, sería el 14% multiplicado por \$33.06, que es \$4.63. Esto se redondea a \$4.65. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual de una persona con penalidad de inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que notar sobre esta penalidad de inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la penalidad puede cambiar cada año**, debido a que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima nacional promedio (determinada por Medicare) aumenta, su penalidad aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando la penalidad** cada mes por el tiempo que esté inscrito en un plan de beneficios de medicamentos de la Parte de Medicare, aunque cambie de planes.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y está actualmente recibiendo beneficios de Medicare, la penalidad de inscripción tardía de la Parte D cambiará cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su penalidad de inscripción tardía de la Parte D será basada solo en los meses que no tuvo cobertura después del período inicial de inscripción por haber cumplido la edad para calificar para Medicare.

Sección 5.3	En algunos situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la penalidad
--------------------	--

Aunque se haya tardado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura Parte D de Medicare cuando primero calificó, a veces usted no tiene que pagar la penalidad de inscripción tardía de la Parte D .

Usted no tiene que pagar la penalidad de inscripción tardía si usted se encuentra en cualquiera de estas situaciones

- Si usted ya tiene cobertura de medicamentos con receta que se espera pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto “**cobertura de medicamentos acreditable**.” Note:
 - Cobertura acreditable puede incluir cobertura de un patrón o unión anterior, TRICARE, o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el

departamento de recursos humanos le informará todos los años si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Esta información puede enviársele por carta o puede incluirse en el boletín del plan. Mantenga esta información debido a que sur la puede necesitar cuando se inscriba a un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

- **Tome en cuenta:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de servicios de salud termine, no significa que su cobertura de medicamentos con receta fue acreditable. El aviso deberá indicar que usted tuvo cobertura de medicamentos recetados “acreditable” que se espera pague por lo menos lo mismo que pague un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los siguientes *no* son coberturas de medicamentos con receta acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas, y páginas web para medicamentos a descuento.
- Para más información sobre cobertura acreditable, consulte su folleto, *Medicare & You 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1--877--486--2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero no la tuvo por menos de 63 días seguidos.
- Si no está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con la penalidad de inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de determinación de penalidad de inscripción tardía. Generalmente, usted deberá solicitar esta redeterminación **dentro de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que haya recibido informándole sobre el pago de la penalidad de inscripción tardía. Si usted estuvo pagando una penalidad antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una redeterminación sobre la penalidad de inscripción tardía. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Importante: Si no está de acuerdo con la penalidad de inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de determinación de penalidad de inscripción tardía.

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de Parte D debido a sus ingresos?

SECCIÓN 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado se reportó en sus declaraciones de impuestos al IRS de hace 2 años está sobre cierta cantidad, usted tendrá que pagar la cantidad de prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionada con sus ingresos. también conocida como IRMAA. IRMAA es una cantidad adicional que se añade a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole sobre cuál es la cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su cheque de Seguro Social, Junta de Jubilación Ferroviaria, u Oficina de Administración de Recursos Humanos, no importa cómo usted paga su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no es suficiente para cubrir la cantidad adicional debida. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de parte de Medicare. **Usted deberá pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es la cantidad de Parte D adicional?

Si modificó su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) de acuerdo a lo que declaró en sus impuestos al IRS es sobre cierta cantidad, usted tendrá que pagar una cantidad adicional además de su prima del plan mensual. Para más información sobre la cantidad adicional que tiene que pagar basado en sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la penalidad de inscripción tardía de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar la cantidad adicional debido a sus ingresos, usted puede solicitar que el Seguro Social reconsidere su decisión. Para informarse más sobre todo esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no puede pagar por la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de Parte D de Medicare. Si se le requiere bajo la ley a pagar la cantidad adicional y no lo hace, usted será dado de baja del plan y perderá su cobertura de medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado

Sección 7.1 Cómo asegurarse que tenemos la más actualizada información sobre usted
--

Su registro de miembro contiene información sobre su formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Indica su cobertura específica en el plan incluso su proveedor de cabecera y su grupo médico principal.

Los médicos, hospitales, farmacias, y otros proveedores de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Estos proveedores de la red usan su registro de miembro para informarse sobre los servicios y los medicamentos cubiertos y las cantidades del costo compartido con usted.** Debido a esto, es muy importante que usted nos mantenga su información y actualizada.

Avísenos sobre estos cambios:

- Cambios sobre su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios a cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (tales como por medio de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación para trabajadores, o AHCCCS (Medicaid))
- Si usted tiene cualquier reclamación de responsabilidad personal, tales como reclamos por accidentes automovilísticos
- Si usted ha sido admitido a un hogar de ancianos
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su persona designada responsable (tal como un cuidador) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínico

Si cambia cualquier información, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Consulte la información que le enviemos sobre otras coberturas de seguro que tenga

Medicare requiere que obtengamos información de parte usted sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted pueda tener. Debido a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para más información sobre

cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otros seguros, consulte la Sección 9 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta que lista cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la cual estemos al tanto. Consulte esta información cuidadosamente. Si está correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otras coberturas que no están listadas, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 8 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 8.1 Nos aseguramos que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud. Nosotros protegemos su información personal de acuerdo con estas leyes.

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

SECCIÓN 9 Como otras aseguradoras trabajan con nuestro plan

Sección 9.1 Cual plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de seguro médico en grupo), hay reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro plan paga primero. El seguro que paga primero se conoce como “el pagador principal” y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo, conocido como “pagador secundario” solo paga si hay costos que no se cubren por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas aplican a cobertura en grupo del empleador o unión.

- Si usted tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de seguro médico en grupo se basa en el empleo de usted o un miembro de su familia, el que paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su patrón, y si usted tiene Medicare basado en su edad, discapacidad, o enfermedad renal en etapa terminal (ERET):
 - Si usted tiene menos de 65 años y usted o miembro familiar todavía trabaja, su plan de salud en grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o por lo menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene a más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabaja, su plan de salud en grupo paga primero si el empleador 20 o más empleados o por lo menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene a más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a ERET, su plan de salud en grupo pagará primero por los primeros 30 meses después que califique para Medicare.

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

- Seguro independiente de culpabilidad (incluso seguro automovilístico)
- Seguro de responsabilidad personal (incluso seguro automovilístico)
- Beneficios por enfermedad de pulmón negro
- Compensación de Trabajadores

AHCCCS (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después que Medicare o el plan de salud en grupo de su patrón han pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Usted necesita proveer el número de identificación de miembro de su plan a sus otros aseguradores (una vez se haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Banner Plus (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente en el plan).....	25
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	29
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia de seguro médico (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	31
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare)	32
SECCIÓN 5	Seguro Social	33
SECCIÓN 6	AHCCCS (Medicaid) (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	34
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	35
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria	38
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro de grupo” o cualquier otro seguro de salud por medio de un empleador?	39

SECCION 1 Contactos de Banner Plus **(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Centro de Atención al Cliente)**

Cómo puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente del plan

Para asistencia con reclamos, facturación, o preguntas sobre su tarjeta de miembro, llame o escriba al Centro de Atención al Cliente de Banner Plus. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Centro de Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 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 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	(520) 394-4064
ESCRIBA A	Banner Plus Attn: Customer Care 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica o medicamentos de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus servicios de atención de salud o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

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

Método	Decisiones de Cobertura para Atención Médica o Medicamentos con Receta de la Parte D — Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Plus Attn: Customer Care 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Email: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una apelación sobre su cobertura de atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus servicios de atención de salud o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones sobre la Cobertura de Atención Médica o los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Plus Attn: Grievance & Appeals 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Email: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica**

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluso una queja sobre la calidad de nuestros servicios. Este tipo de queja no se relaciona con las disputas sobre cobertura o pagos. (Si tiene algún problema sobre la cobertura o los pagos del plan, usted debe de leer la sección arriba antes de presentar una apelación.) Para más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus servicios de atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la Cobertura de Atención Médica o los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Plus Attn: Grievance & Appeals 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Email: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre Banner Plus directamente con Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde nos debe enviar la solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o algún medicamento que no haya recibido

Para más información sobre situaciones donde usted pueda necesitar preguntarnos por reembolso o pago de una factura que usted haya recibido de un proveedor, vera el Capítulo 7 (*Solicitando que paguemos nuestra parte del costo de una factura que usted haya recibido por servicios de atención médica o medicamentos*).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Tome en cuenta: Si usted nos envía una solicitud de pago y negamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para más información.

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Plus Attn: Customer Care 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerMA.com

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

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

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>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, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): 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.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>Usted también puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Banner Plus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Informe a Medicare sobre su queja: Usted puede presentar una queja sobre Banner Plus directamente con Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://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> <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 puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, imprimirla y enviársela. También puede solicitar una copia llamando al 1-'800'-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar a 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 Arizona State Health Insurance Assistance Program (Arizona SHIP).

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

Los asesores del Arizona SHIP pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Arizona SHIP también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Departamento de Seguridad Económica de Arizona Administración de Adultos y Ancianos, Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Arizona (Arizona SHIP) - Información de contacto
LLAME AL	Línea gratuita (800) 432-4040
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Arizona SHIP 1789 W. Jefferson St. Site Code 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

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

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

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

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

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Livanta BFCC-QIO Program (Organización para la mejora de la calidad de Arizona) –Información de contacto
LLAME AL	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668
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. Ciudadanos de EE. UU. y residentes permanentes mayores de 65 años, o quienes tienen una discapacidad o enfermedad renal terminal y cumplen con ciertas condiciones, califican para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar 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 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid) (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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. Algunas personas con Medicare también califican para Medicaid.

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:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (tales como los deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de AHCCCS (Medicaid) [QMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare de Bajos Recursos Específicos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte D (Algunos personas con SLMB también califican para obtener todos los beneficios de Medicare SLMB+).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte D
- **Individuos Discapacitados y Trabajadores Calificados(QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte D

Para encontrar detalles sobre AHCCCS (Medicaid), comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Arizona Health Cost Containment System (AHCCCS) (programa Medicaid de Arizona) – Información de contacto
LLAME AL	(855) 432-7587 (888) 621-6880 (Arizona Long Term Care System [ALTCS]) Horas de operación: De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	(800) 367-8939 Este número necesita 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

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

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare provee “Ayuda Adicional” para pagar el costo de medicamentos con receta para personas de bajos ingresos y bajos recursos. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar o su carro. Aquellos que califiquen pueden obtener ayuda para cualquier prima mensual de plan de medicamentos con receta, el deducible anual y copagos de recetas. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta hacia su costo fuera de su bolsillo.

Las personas con ingresos o recursos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional.” Algunas personas automáticamente califican para la “Ayuda Adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta las personas que automáticamente califican para esta "Ayuda adicional".

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben de 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 7 AM a 7 PM, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 ; o bien
- Su oficina estatal fe Medicaid (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contactos).

Si usted cree que califica para la “Ayuda Adicional” y cree que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecta cuando obtiene sus recetas en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que permite que usted o solicite asistencia en obtener evidencia de su

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

nivel de copago adecuado, o si usted ya ha solicitado obtener esta evidencia, proveernos esta evidencia. Si desea asistencia para obtener las pruebas necesarias, usted o una persona que le represente puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de atrás de este manual). O, si tiene documentación de prueba, puede enviarla por fax o correo a:

Correo:

Banner Plus
Attn: Farmacia
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Fax: (866) 349-0338 (Attn: Farmacia)

- Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si existe una discrepancia o si no podemos resolver la discrepancia relacionada con su ayuda adicional basado en la información que tenemos. En algunos casos, podemos solicitar que usted nos proporcione documentación si la tiene disponible. Si no tiene documentación disponible, trataremos de verificar el estado de su ayuda adicional por medio de canales de comunicación y de acuerdo con las normas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Cuando recibamos la evidencia indicando su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga más de lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la cantidad que sobrepagó o le ajustaremos sus copagos en el futuro. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare

El programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare brinda descuentos para medicamentos de marca a miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Para medicamentos de marca, el descuento de 70% proporcionado por el fabricante excluye cualquier cargo de dispensa de los costos en la período sin cobertura. Miembros pagan 25% del precio negociado y una porción del cargo de dispensa por los medicamentos de marca.

Si usted alcanza el período sin cobertura, nosotros automáticamente aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D indicará el descuento aplicado. Ambos, la cantidad que paga y la cantidad descontada por el fabricante cuentan hacia sus costos fuera de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y le hace avanzar en el proceso del período sin cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta hacia sus costos fuera de su bolsillo.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Usted también recibe alguna cobertura por medicamentos genéricos. Si llega al período sin cobertura, el plan paga 75% del precio por medicamentos genéricos y usted paga el 25% del precio. Para medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no cuenta hacia sus costos fuera de su bolsillo. Solo la cantidad que usted paga cuenta para moverlo por el proceso de período de interrupción de cobertura. También, la cuota de dispensa se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuento de Interrupción de Cobertura de Medicare está disponible en toda la nación. Debido a que Banner Plus ofrece cobertura de interrupción adicional durante la etapa de interrupción de cobertura, su costo fuera de su bolsillo a veces puede ser menos que los costos descritos aquí. Diríjase a la Sección 6 del Capítulo 6 para más información sobre nuestra cobertura durante la Etapa de Interrupción de Cobertura.

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de descuentos de medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos durante el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de atrás de este manual).

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles a ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos con receta. En Arizona, el Departamento de Salud administra el programa ADAP. Nota: Para ser elegible para el programa ADAP operando en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado, estatus como paciente VIH, comprobante de bajos ingresos según lo defina el estado, y estatus como persona sin seguro o con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede seguir proporcionándole asistencia con los costos compartidos de las recetas de la Parte D de Medicare para medicamentos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador local del ADAP cualquier cambio en su nombre del plan de la Parte D o número de póliza de Medicare. Arizona ADAP, 150 N. 18th Ave., Ste. 110, Phoenix, AZ 85007.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a (602) 364-3610 o (800) 334-1540.

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta?

¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda Adicional,” usted ya recibe cobertura para sus costos de medicamentos con receta durante este período sin cobertura.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?**

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda presentando una apelación con el Programa Estatal de Asistencia con Seguros Médicos [State Health Insurance Assistance Program] (SHIP) (los número de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>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</p> <p>Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis</p>
SITIO WEB	rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted “seguro de grupo” o cualquier otro seguro de salud por medio de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) reciben beneficios de parte de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilación como parte de su plan, es posible que tenga que llamar al administrador de beneficios del empleador o unión o Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar sobre sus (o los de su cónyuge) beneficios de salud de parte del empleador o grupo de jubilación o las primas. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan o período de inscripción para hacer el cambio.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta por medio de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo su cobertura de medicamentos con receta actual trabajará con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

*Uso de la cobertura del plan para
sus servicios médicos y otros
servicios cubiertos*

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

SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan	43
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	43
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	43
SECCIÓN 2	Usando proveedores dentro y fuera de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios.....	44
Sección 2.1	Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención.....	44
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener autorización por adelantado de su PCP?.....	45
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	46
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	47
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente durante un desastre.....	49
Sección 3.1	Recibir atención si tiene una emergencia médica	49
Sección 3.2	Recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios.....	50
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	51
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	51
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.	51
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total	52
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	52
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	52
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.	53
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”.....	54
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?.....	54

Capítulo 3. Uso de la cobertura **del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

Sección 6.2	¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?.....	55
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero.....	56
Sección 7.1	¿Será dueño del equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo el plan?.....	56
SECCIÓN 8	Reglas sobre el Equipo de Oxígeno, Suministros y Mantenimiento.....	57
Sección 8.1	¿Para cuáles beneficios de oxígeno califica?.....	57
Sección 8.2	¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	57
Sección 8.3	¿Qué ocurre si deja el plan y regresa a Original Medicare?.....	57

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

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica 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 y otra atención médica cubiertos por el plan.

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

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

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

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

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por su plan

Como un plan de salud de Medicare, Banner Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios aparte de aquellos cubiertos bajo Medicare Original, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información.

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

Banner Plus generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **Los servicios que usted recibe están incluidos en la Tabla de Beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- La atención que reciba se considera médicamente necesaria. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted recibe sus servicios de parte de un proveedor que califica para proveer servicios bajo su Medicare Original.** Como miembro del plan, usted puede recibir servicios de parte de un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo).
 - Los proveedores en nuestra red están listados en el *Directorio de Proveedores*.
 - Sin embargo, si usted usa un proveedor fuera de la red, su parte del costo por los servicios cubiertos puede ser más alta.
 - **Tome en cuenta:** Mientras que usted puede obtener servicios de parte de un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá calificar para participar con Medicare. Excepto para atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no califica para participar con Medicare. Si visita a un proveedor que no califica con Medicare, usted será responsable por el costo completo de los servicios que reciba. Hable con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que califica para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Usando proveedores dentro y fuera 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 usted se inscriba como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria o PCP. Su PCP es un médico o enfermero/a especializada que cumpla con requisitos estatales y está capacitado para proporcionar atención médica básica.

También recibirá atención médica de rutina y básica de parte de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de sus servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que usted pueda atenderse con un especialista, generalmente tiene que primero obtener la aprobación de su PCP (esto se conoce como obtener una "recomendación" o "referido" a un especialista). Si necesita un servicio no cubierto por nuestro plan, su PCP debe presentar una "autorización por adelantado" para obtener el servicio.

¿Cómo elige al PCP?

Es posible que usted ya tenga un PCP dentro de nuestro red de proveedores. Podemos ayudarle si no sabe quién es su PCP, o si necesita ayuda para elegir o cambiar su PCP. Puede elegir otro PCP enviándonos una carta o llamando a nuestro Centro de Atención al Cliente. Avísenos si usted es un miembro del plan y necesita seleccionar un PCP o cambiar de PCP.

Puede encontrar una lista de nuestros PCPs en la Lista de Proveedores o en nuestro sitio web. Nuestro Centro de Atención al Cliente también podrá darle información más actualizada, ayudarle a encontrar un PCP cerca de su casa, y ayudarle si necesita encontrar un médico que hable un idioma que no sea inglés. Es importante que elija un PCP que le haga sentirse bien. Usted debería quedarse con ese proveedor para que reciba el mejor cuidado posible. Su PCP le proporcionará la mayoría de su atención médica y le ayudará a coordinar el resto de sus servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar de PCP, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. El cambio de PCP entrará en vigencia el primer día del siguiente mes después de su llamada telefónica. Cuando llame, asegúrese de comunicarle al Centro de Atención al Cliente que usted está viendo especialistas u otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación por adelantado de su PCP (tales como servicios de atención médica a domicilio equipo médico duradero). Nuestro Centro de Atención al Cliente le ayudará a continuar con sus servicios especializados y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También pueden verificar que el PCP a quien desea cambiar está aceptando nuevos pacientes. El representante del Centro de Atención al Cliente le informará cuando el cambio al nuevo PCP tomará efecto.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin tener que obtener autorización por adelantado de su PCP?
--------------------	---

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

- Exámenes de atención médica para la mujer rutinarios, que incluyen exámenes de la mama, mamografías preventivas (radiografías de la mama), pruebas Papanicolaou, y exámenes de la pelvis.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la hepatitis B y la pulmonía, 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

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

- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente, por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a 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 del área de servicio. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

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

Para algunos referidos, su PCP puede requerir previa aprobación del plan (esto se conoce como obtener “autorización por adelantado”). Si un referido requiere aprobación por adelantado, su proveedor tendrá que obtener aprobación por adelantado para estos servicios. Nuestro plan debe revisar estas solicitudes. Puede tardar hasta 14 días hábiles para revisar la solicitud. La oficina de su PCP le avisará si su solicitud de autorización está aprobada. También puedes llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para averiguar el estatus de su solicitud. Si la solicitud de su médico es denegada, nuestro plan le notificará por correo. Si tienen una pregunta sobre la denegación, puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente (la dirección y los números telefónicos se encuentran impresos en el reverso de este manual). Consulte Capítulo 9, Sección 6 para obtener información adicional sobre cómo presentar una apelación por una autorización denegada. Es bien importante que obtenga un referido (aprobación por adelantado) de su PCP antes de ver al especialista del plan u otros proveedores (hay algunas excepciones, incluso atención médica para la mujer rutinaria que explicamos anteriormente en esta sección).

Si no tiene un referido antes de obtener los servicios de un especialista, es posible que sus servicios no se cubran. Si el especialista quiere que usted vuelva para obtener atención adicional, verifique primero para asegurarse que el referido que recibió de su PCP para la primera visita cubre más visitas al especialista. Puede que necesite además autorización previa de Banner Plus si su especialista solicita un procedimiento médico. Consulta la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información adicional sobre cuáles servicios requieren una autorización por adelantado.

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

Nuestro plan usa los laboratorios de Sonora Quest exclusivamente para servicios de laboratorio para nuestros miembros. Si su PCP o especialista necesita servicios de laboratorio, usted debe utilizar los laboratorios de Sonora Quest. Es muy importante que usted obtenga un referido antes de obtener sus servicios de laboratorio. Si no tiene un referido antes de obtener sus servicios de laboratorio, es posible que sus servicios no estén cubiertos. También necesitará autorización por adelantado de Banner Plus para servicios de laboratorio y diagnósticos.

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

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

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

Si necesita asistencia con alguna de estas situaciones o simplemente tiene una pregunta, no dude en llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada posterior de este manual).

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

Como miembro de nuestro plan, usted puede seleccionar recibir sus servicios de parte de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga presente que los proveedores que no se comunican con nosotros no tienen ninguna obligación de tratarlo a usted, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de parte de proveedores dentro y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios Sin embargo, **si usted usa un proveedor fuera de la red, usted parte del costo por los servicios**

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

cubiertos pueden ser más altos. Aquí listamos otras cosas importantes que debe de saber sobre el uso de los proveedores fuera de la red:

- Mientras que usted puede obtener servicios de parte de un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá calificar para participar con Medicare. Excepto para atención de emergencia, no podemos pagar por un proveedor que no califica para participar con Medicare. Si visita a un proveedor que no califica con Medicare, usted será responsable por el costo completo de los servicios que reciba. Hable con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que califica para participar en Medicare.
- Usted no necesita obtener un referido o autorización por adelantado cuando obtiene servicios de parte de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de parte de proveedores fuera de la red, es posible que usted desee preguntar por una decisión de cobertura antes de la visita para confirmar que estos servicios que está recibiendo están cubiertos y son médicamente necesarios. Para obtener información sobre cómo preguntar por una decisión de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 9. Esto es importante debido a que:
 - Sin una decisión de cobertura antes de la visita, si después determinamos que los servicios no están cubiertos o no fueron médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted tendrá que ser responsable por el costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene problemas o quejas*) para informarse de cómo presentar una apelación.
- Es mejor decirle a un proveedor fuera de la red que primero facture al plan. Si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo compartido de los servicios cubiertos. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que debemos pagar, nos la puede enviar para pagarla. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos nuestro costo compartido de una factura que haya recibido por servicios médicos*) para obtener información sobre lo que tiene que hacer si recibe una factura o si desea solicitar reembolso.
- Si está usando un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios de necesidad urgente, o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar una cantidad de costo compartido más alta. Para más información sobre estas situaciones consulte la Sección 3 .

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente 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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección 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 remisión del PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe de llamar e informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1859. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones cuando llegar a la sala de emergencia de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención

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

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 médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, la cantidad del costo compartido que usted pagará dependerá de si usted obtuvo los servicios de parte de proveedores dentro o fuera de la red. Si recibe servicios de parte de proveedores en la red, su costo compartido es generalmente menor que si recibe servicios de parte de proveedores fuera de la red.

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

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

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

En la mayoría de las situaciones, si se encuentra dentro del área de servicio y tiene un proveedor fuera de la red, usted pagará un costo compartido más alto por sus servicios.

Si necesita atención urgente, usted puede llamar a su PCP y dejarle saber. También tenemos una red de Centros de Atención Urgente. Consulte nuestro directorio de proveedores o visítenos en la web (www.BannerMA.com) para obtener proveedores de Atención Urgente dentro de la red. También puede llamar a nuestra línea de enfermeros Nurse Now al (844) 259-9494 para hacer preguntas o para obtener un lugar que ofrece el nivel de atención médica que necesita.

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

Si usted tiene preguntas, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de nuestro plan al (844) 549-1859. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

Nuestro plan no cubre servicios de necesidad urgente ni ningún otro tipo de cuidado si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

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 la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.BannerMA.com www.fema.gov/recovery-resources para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

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

SECCIÓN 4

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo para los servicios cubiertos
--------------------	--

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

Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo completo
--------------------	---

Banner Plus cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios estos servicios están listados en la Tabla de Beneficios del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen de acuerdo a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

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

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier costo después del límite de beneficio para beneficios suplementarios obligatorios no se aplica a la cantidad máxima de costos de su bolsillo. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente si desea saber qué porción de su límite de beneficios ya ha utilizado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. 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, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

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

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

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

Sección 5.2	Quando 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, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

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

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

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

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

Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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

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

¿Desea obtener más información?

Usted puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” en el sitio Web de Medicare (www.medicare.gov) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día , los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

Sección 6.2	¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?
--------------------	---

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”.

- Tratamiento o atención médica “no exceptuada” es cualquier tratamiento o atención médica que es *voluntaria* y *no requerida* por ninguna ley, federal, estatal, o local.
- La atención médica o el tratamiento médico “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 para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - –y– usted deberá obtener aprobación por adelantado de parte de nuestro plan para antes de ser admitido al centro o su estadía no estará cubierta.

Límites de cobertura de Hospitalización de Medicare aplican. Para más detalles, consulte la Tabla de Beneficios “Atención médica durante hospitalización” en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será dueño del equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo el 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 dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Banner Plus, usted no adquirirá equipo médico duradero o DME sin importar cuántos pagos haya hecho por el artículo como miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no tendrá la posesión, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por dicho artículo siendo miembro de nuestro plan.

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

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

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

SECCIÓN 8 Reglas sobre el Equipo de Oxígeno, Suministros y Mantenimiento

Sección 8.1 ¿Para cuáles beneficios de oxígeno califica?

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, entonces por el tiempo que usted esté inscrito, Banner Plus cubrirá:

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

Si usted se da de baja de Banner Plus o ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno tiene que ser devuelto al dueño.

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

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

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito en Banner Plus por 36 meses. Si usa un suplidor fuera de la red, sus costos serán más altos.

Si antes de inscribirse con Banner Plus usted había pagado 36 meses de alquiler por cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido dentro de la red de Banner Plus es 20% del coseguro.

Sección 8.3 ¿Qué ocurre si deja el plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo período de 36 meses que renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted había pagado por alquiler de equipo de oxígeno por 36 meses antes de inscribirse con Banner Plus, se inscribió con Banner Plus por 12 meses, y entonces volvió a regresar a Original Medicare, usted tendría que pagar el costo compartido en su totalidad por la cobertura de equipo de oxígeno.

De forma similar, si hizo pagos por 36 meses mientras estuvo inscrito en Banner Plus y regreso a Original Medicare, usted pagar[á] el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de Beneficios Médicos
(qué está cubierto y qué paga
usted)*

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1	Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos	60
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.....	60
Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos?.....	60
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”.....	61
SECCIÓN 2	Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar.....	61
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	61
Sección 2.2	Beneficios adicionales “opcional suplementarios” que usted puede comprar	113
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por Medicare?.....	116
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones).....	116

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

Información importante sobre COVID-19

Debido a la declaración de Emergencia de Salud Pública (PHE) de COVID-19, el CMS temporalmente modificó reglamentos en una amplia variedad de áreas, incluso la capacidad de hospitales, servicios de proveedores, pruebas de COVID-19, y telesalud o telehealth. Usted puede recibir servicios bajo estos reglamentos modificados durante la PHE de COVID-19. No sabemos cuánto tiempo durará la PHE de COVID-19.

Cuando pase el PHE, CMS puede remover los reglamentos modificados y requerir que nosotros hagamos cambios en la manera que se proveen estos beneficios. Para más información, usted puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto) o llame a Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede visitar la página web de Medicare, www.medicare.gov.

SECCIÓN 1 Entendiendo los costos fuera del bolsillo para servicios cubiertos por el plan

Este capítulo se enfoca en los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios que lista sus servicios cubiertos e indica cuánto pagará por cada uno de los servicios cubiertos como miembro de Banner Plus. Más adelante en este capítulo, usted encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos fuera del bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pagos que le brindamos en este capítulo, usted debe saber los tipos de costos de fuera del bolsillo que usted puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un “**copago**” es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago cuando recibe los servicios médicos. (La Tabla de Beneficios en la Sección 2 le informa más sobre sus copagos.)
- El “**coseguro**” es el porcentaje que usted paga por el costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un copago cuando recibe los servicios médicos. (La Tabla de Beneficios en la Sección 2 le informa más sobre sus coseguros.)

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos?

Bajo su plan, hay dos límites diferentes sobre lo que usted tiene que pagar fuera de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos.

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

- Su **cantidad fuera de su bolsillo máxima dentro de la red** es \$6,500. Esta cantidad es lo más que pagará durante un año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de parte de proveedores en la red. Las cantidades que usted paga por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas y los servicios del plan de parte de proveedores fuera de la red no cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.) Si ha pagado \$6,500 por servicios de la Parte A y la Parte B de parte de proveedores en la red, usted no tendrá que pagar costos fuera de su bolsillo por el resto del año cuando vea a los proveedores dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada para usted por Medicaid o un tercero).
- Su **cantidad fuera de su bolsillo máxima dentro de la red** es \$11,300. Esto es lo más que pagará durante un año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de parte de ambos, proveedores dentro y fuera de la red. Las cantidades que usted paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas de su plan no cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.) Si ha pagado \$11,300 por servicios cubiertos, usted tendrá 100% de cobertura y no tendrá costos fuera de su bolsillo por el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada para usted por Medicaid o un tercero).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”
--------------------	---

Como miembro de Banner Plus, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que la cantidad de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, usted tendrá copagos más altos cuando obtenga servicios de parte de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).

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

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios enumera los servicios que Banner Plus cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Algunos de los servicios listados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor de otra red obtiene aprobación por adelantado (a veces conocida como “autorización previa o por adelantado”) de Banner Plus.
 - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para ser cubiertos como servicios dentro de la red están marcados con un asterisco * en la Tabla de Beneficios Médicos.
 - Usted jamás necesita aprobación por adelantado para servicios fuera de la red de parte de proveedores fuera de la red.
 - Mientras que no necesita aprobación por adelantado para sus servicios fuera de la red, usted o su médico puede pedirnos que tomemos una decisión por adelantado.

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

Otras cosas importantes que debe de saber sobre nuestra cobertura:

- Para beneficios donde su costo compartido es un porcentaje de coseguro, la cantidad que usted pague depende del tipo de proveedor del cual recibe sus servicios:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original cubre. Para algunos de estos beneficios usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar a 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Los máximos de beneficios, limitaciones o exclusiones que aplican a beneficios de la red también aplican a beneficios fuera de la red. Los máximos de beneficios de cobertura aplican a servicios que se obtienen en ambos, dentro y fuera de la red combinados.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Usted verá la manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<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 remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica 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>	<p>40% coseguro para miembros que califican para esta evaluación preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico del área lumbar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertos para beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias:</p> <p>Para propósito de este beneficio, el dolor crónico del área lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdura por 12 semanas o más; • no es específico, debido a que no exhibe causas sistemáticas que se pueden identificar (por Ej., no está relacionado con enfermedades infecciosas, inflamatorias o metástasis, etc.); • no relacionado con cirugía; y • no relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No más de 20 tratamientos de acupuntura pueden ser administrados anualmente.</p> <p>El tratamiento deberá discontinuarse si el paciente no mejora o está empeorado.</p> <p>Se requiere autorización previa y remisión.</p>	<p>\$40 copago de servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Servicios de ambulancia*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede 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. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. <p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia de no emergencia cubiertos por Medicare</p>	<p>Copago de \$250 por servicios de ambulancia y transporte que no son de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Se aplicaría el costo compartido para viajes de ida.</p>	<p>Copago de \$250 por servicios de ambulancia y transporte que no son de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Se aplicaría el costo compartido para viajes de ida.</p>
<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 los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual puede efectuarse dentro de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>	<p>40% coseguro por el beneficio cubierto por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por el beneficio cubierto 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>40% coseguro por el beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca*</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Se aplica un copago de \$20 a los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y a los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.</p>	<p>Se aplica un 40% coseguro a los servicios de cose rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y a los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>
<p> Pruebas de enfermedad cardiovascular</p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedad vascular (o anormalidades relacionadas con un riesgo alto de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducibles necesarios para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren cada 5 años.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</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 Papanicolau y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolau cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<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. • Cuidados quiroprácticos rutinarios: 6 visitas no rutinarias de Medicare se permiten por año calendario 	<p>\$20 copago aplica a servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$30 copago aplica a servicios quiroprácticos rutinarios.</p>	<p>Se aplica un copago de \$70 a los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>40% coseguro aplica a servicios quiroprácticos rutinarios.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT). <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>	<p>40% copago por beneficios cubiertos por Medicare</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Servicios dentales</p> <p>Por lo general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p> <p>Servicios Dentales Preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas incluyen combinación de examen y limpieza (por hasta 1 cada seis meses, máximo 2 por año). • Examen oral (por hasta 1 cada seis meses) • Limpieza (por hasta 1 cada seis meses) • Tratamiento de fluoruro (por hasta 1 cada año; el tratamiento debe de efectuarse durante una consulta preventiva) • Radiografías dentales (por hasta 1 grupo de radiografías por año; deberán tomarse durante una consulta preventiva.) <p>Autorización o referidos no se requieren para los servicios dentales preventivos.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o el reemplazo de dientes).</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales preventivos cubiertos por el plan que no están cubiertos por Original Medicare.</p>	<p>50% de coseguro para servicios dentales cubiertos por Medicare (esto ni incluye servicios relacionados con la atención, tratamiento, empaste, extirpación, remplazo de dientes).</p> <p>50% de coseguro para servicios dentales preventivos cubiertos por el plan no cubiertos bajo Medicare Original.</p> <p>Beneficios fuera de la red están sujetos a cualquier beneficio máximo, limitaciones y/o exclusiones de la red.</p>
<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 remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<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 monitorear su glucosa o azúcar en la sangre: 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 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 (no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida que vienen incluidos con los zapatos). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para lograr un autocontrol de la enfermedad está cubierta siempre que se cumpla con ciertos condiciones. <p>Se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. No se requiere remisión. Los suministros y servicios para diabéticos están limitados por fabricantes específicos.*</p>	<p>Copago de \$0 para capacitación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>Coaseguro del 20 % por suministros para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Coaseguro del 40 % para capacitación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>Coaseguro del 50 % por suministros para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados*</p> <p>(En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los EMD médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. Se requiere autorización previa.</p> <p>No hay proveedores / fabricantes preferidos para equipos médicos duraderos (EMD).</p>	<p>20 % coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>50% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<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 brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición 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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>La cobertura está limitada a los EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$90 por visita para beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo compartido puede ser menos si regresa a un hospital de la red para continuar su atención médica.</p>	<p>\$90 copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>If you are admitted to the hospital within 24 hours, you do not have to pay your share of the cost for emergency care.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo compartido puede ser menos si regresa a un hospital de la red para continuar su atención médica.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Los programas de ejercicios pueden tener un efecto positivo en la alta presión arterial, las enfermedades cardíacas, la diabetes tipo 2, el control de peso y otros factores del estilo de vida.</p> <p>Ofrecemos un beneficio de acondicionamiento físico conocido como Silver&Fit. Silver&Fit® ofrece uno de los mas grandes y diversos programas de Envejecimiento Saludable para Personas de Tercera Edad [Senior Healthy Aging] a nivel nacional. Es una iniciativa que se enfoca en tres aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Programa de membresía en un gimnasio, 2) Programa de vídeo digital para acondicionamiento físico con herramientas para acondicionamiento a domicilio, y 3) Programa de envejecimiento sano y saludable Healthy Aging Program . <p>Limitaciones y exclusiones aplican www.silverandfit.com para más información y servicios en línea.</p> <p>Servicios no estándar que requieren un pago adicional no son parte del programa Silver/Fit y no será reembolsados. Los proveedores de American Specialty Health (ASH) deberán ser utilizados para membresías de gimnasios dentro y fuera de la red. Los beneficios recibidos por gimnasios fuera de la red son sujetos a cualquier máximo de beneficios dentro de la red, limitaciones o exclusiones.</p>	<p>No hay ningún costo para las clases de fitness o los kits de fitness proporcionados por Silver&Fit</p>	<p>Un proveedor de Silver&Fit debe usarse para beneficios de gimnasios/salud física dentro y fuera la red.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina (1 al año) • Ajuste y evaluación de audífonos (hasta 1 cada dos años) • Audífonos (ambos oídos combinados)* 	<p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare para exámenes para diagnosticar / tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <p>Copago de \$0 por examen de audición de rutina anual. No se requiere autorización previa o derivación. Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada dos años por audífonos y servicios. El costo de todos los exámenes, incluida la audiencia anual, se deducirá del monto total de la cobertura.</p>	<p>40% de coseguro para beneficios cubiertos por Medicare para un examen para diagnosticar / tratar problemas de audición y de equilibrio.</p> <p>50% de coseguro para el examen auditivo de rutina anual y audífonos.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada dos años para audífonos y servicios. EL costo de todos los exámenes - incluyendo el de audición anual - será reducido de su cantidad de cobertura total.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</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>	<p>40 % coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Comidas entregadas en casa*</p> <p>Para los miembros dados de alta de una estadía en un hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos hasta 12 comidas entregadas en el hogar del miembro. Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta. Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por comidas a domicilio de nuestro proveedor.</p>	<p>Un proveedor dentro de la red debe usarse para el beneficio comidas entregadas en casa fuera de la red.</p>
<p>Agencia de servicios de salud en el hogar*</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p>Se requiere autorización previa y remisión.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Coaseguro del 50 % por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Terapia de infusión domiciliaria*</p> <p>La terapia de infusión en el hogar requiere la administración de medicamentos intravenosos o subcutáneos o biológicos al individuo en el hogar. Los componentes necesarios para efectuar una infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivírico, globulina inmune), equipo (por ejemplo, una bomba), y suministros (por ejemplo, tubería y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios profesionales, incluso los servicios de enfermería, ofrecidos de acuerdo con el plan de atención. • El entrenamiento y la educación del paciente que no está cubierto de otra manera bajo el beneficio de equipo duradero médico • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión e infusión de medicamentos a domicilio ofrecidos por un suplidor de terapia de infusión. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>20% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para control de los síntomas y alivio de dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención a domicilio. <p>Para servicios de hospicio y para servicios que están cubiertos por <u>Medicare Parte A o Parte B y están relacionados a su pronosis terminal</u>: Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará por los servicios de hospicio relacionados con su pronosis terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.</p>	<p>Cuando se inscribe en el programa certificado de hospicio de Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronosis terminal son pagados por Original Medicare y no por Banner Plus.</p>	<p>Cuando se inscribe en el programa certificado de hospicio de Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronosis terminal son pagados por Original Medicare y no por Banner Plus.</p>

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

Cuidado de Hospicio (continuación)

Para servicios de hospicio y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y están relacionados a su pronosis terminal: Si necesita servicios de emergencia o no urgente que están cubiertos bajo la Parte A o Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronosis terminal, su costo por estos servicios depende de si usted usa un proveedor dentro de la red del plan:

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará la cantidad de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).

Para servicios que están cubiertos por Banner Plus pero no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B: Banner Plus continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos bajo la Parte A o Parte B aunque no estén relacionados con su pronosis terminal. Usted paga la cantidad del costo compartido de su plan por estos servicios.

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por ambos, el hospicio y nuestro plan, al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*).

Nota: Si necesita atención convencional (atención no relacionada con su pronosis terminal), usted debe comunicarse con nosotros para hacer los arreglos de los servicios.

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Se requiere autorización previa y remisión. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>		
<p> Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<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 médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 radiológicos. • 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 por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. <p>Se requiere autorización previa y remisión.</p>	<p>Cubrimos hasta 90 días de hospitalización para pacientes hospitalizados. Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-5: Copago de \$275 al día • Días 6-90: Copago de \$0 al día • Días 91 y posteriores: copago de \$0 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 (hasta 60 días durante su vida); • Más allá de los 60 días de reserva de por vida: todos los costos <p>El costo compartido comienza el día de su admisión.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente internado durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>	<p>40% de coseguro para beneficio cubierto por Medicare.</p> <p>El costo compartido comienza el día que es internado.</p> <p>Si le autorizan atención médica en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Atención hospitalaria para pacientes internados*

- En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si 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 patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Banner Plus brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Servicios médicos.

Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital.

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>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 “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” Esta hoja está disponible en el sitio Web, www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1--877--486--2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>		
<p>Atención de salud mental para pacientes externos*</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no aplica a servicios de salud mental que se hayan proporcionado dentro de un hospital general. Se requiere autorización y un referido. 	<p>Servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Días 1-5: Copago de \$300 al día Días 6-90: Copago de \$0 al día <p>El costo compartido comienza el día de su admisión.</p>	<p>40% de coseguro para beneficio cubierto por Medicare.</p> <p>EL costo compartido comienza el día que es internado.</p> <p>Si le autorizan atención médica en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta

Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y 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 atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios médicos.
- Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)
- Radiografías, tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros
- 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 contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.
- Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Se puede aplicar autorización previa y remisión.

Copago de \$275 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Es posible que se aplique un copago o coseguro para estos servicios. Revise los beneficios en este cuadro para obtener información sobre estos servicios cubiertos. Por ejemplo, consulte la sección "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" para aparatos ortopédicos y miembros artificiales.

40% de coseguro para beneficio cubierto por Medicare.

Copago o coseguro puede aplicarse a estos servicios. Favor de consultar los beneficios en esta tabla para información sobre estos servicios cubiertos. Por ejemplo, consulte "prótesis y suministros relacionados" sección para soportes y extremidades artificiales.

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<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 con una orden del médico.</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 u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% copago por beneficios 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) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>	<p>40% copago por beneficios cubiertos por Medicare</p>

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

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*

La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Puede requerirse autorización previa. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.
- Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.
- Antígenos.
- Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas.
- Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por

20% del costo de los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia.

Coaseguro del 20 % para otros medicamentos de la Parte B.

Un copago de consultorio aparte puede aplicarse si otros servicios se prestan al momento de la consulta.

40% del costo de los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia.

Coaseguro del 40 % para otros medicamentos de la Parte B.

Un copago de consultorio aparte puede aplicarse si otros servicios se prestan al momento de la consulta.

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. 		
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p>		
<p> 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 está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>	<p>40% copago por beneficios cubiertos por Medicare</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre los servicios del tratamiento del trastorno por consumo de opioides. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. <p>Se requiere remisión.</p>	<p>Copago de \$30 por servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p>	<p>Copago de \$40 por servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • 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 total 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 o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Para servicios cubiertos por Medicare:</p> <p>Copago de \$10 por pruebas y procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio.</p> <p>Copago de \$20 por radiografías para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$125 por servicios radiológicos de diagnóstico general como TC, IRM, etc.</p> <p>Copago de \$60 por servicios de radiología terapéutica.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de sangre.</p>	<p>Para servicios cubiertos por Medicare:</p> <p>40% coseguro por pruebas y procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio.</p> <p>Copago de \$27 por radiografías para pacientes ambulatorios.</p> <p>40% coseguro por servicios radiológicos de diagnóstico general como TC, IRM, etc.</p> <p>40% coseguro por servicios de radiología terapéutica</p> <p>Copago de \$0 por servicios de sangre.</p>

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

Observación hospitalaria para pacientes externos*

Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o 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 tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.

Referral and prior authorization required.

Nota: A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.

También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1--877--486--2048. Puede llamar a estos

Copago de \$275 por beneficios cubiertos por Medicare.

40% copago por beneficios cubiertos por Medicare

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.		

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

Servicios hospitalarios para pacientes externos*

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.

Referral and prior authorization may be required.

Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:

- 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 médico 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.

Nota: A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido para la cirugía 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.

Copago de \$275 por beneficios cubiertos por Medicare.

40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” Esta hoja está disponible en el sitio Web, www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1--877--486--2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>		
<p>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 médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p>Se requiere referencia médica para servicios de especialidad para salud mental proporcionados por alguien que no es un doctor.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$40 por visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$40 por visita de terapia individual para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Copago de \$70 por visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$70 por visita de terapia individual para pacientes ambulatorios.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Servicios hospitalarios 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 son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$40 por visita de terapia ocupacional / fisioterapia / terapia del habla y del lenguaje.</p>	<p>40% coseguro por visita de terapia ocupacional / fisioterapia / terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos*</p> <p>Sesiones individuales cubiertas por Medicare; Sesiones grupales cubiertas por Medicare.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$35 por visita de terapia individual para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$35 por visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Copago de \$40 por visita de terapia individual para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$40 por visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$275 por centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Copago de \$275 por cirugía ambulatoria.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Tarjeta para artículos de venta sin receta médica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$50 por período de 3 meses para usar en las tiendas participantes. • Fondos proporcionados a través de una tarjeta de fidelidad. • Los artículos disponibles para la compra incluyen medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud. • La terapia de reemplazo de nicotina (TRN) está disponible bajo este beneficio. • Visite nuestro sitio web para ver nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos. 	<p>La cantidad no utilizada no se transfiere al período siguiente.</p>	<p>La cantidad no utilizada no se transfiere al período siguiente.</p> <p>Un proveedor dentro de la red debe usarse para beneficio OTC fuera de la red.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Servicios de hospitalización parcial*</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como servicio ambulatorio del hospital. Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- 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 relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.
- Algunos servicios de telesalud, incluso:
 - Servicios de necesidad urgente; visitas al PCP; visitas a especialistas médicos; Servicios de especialista de salud mental para sesiones en grupo o individuales; servicios psiquiátricos para sesiones en grupo o individuales; proveedores de terapia ocupacional, física o del habla de acuerdo a Medicare.
 - Usted tiene la opción de obtener estos servicios por medio de una visita en persona o por vía telesalud. Si selecciona obtener uno de estos servicios vía telesalud, usted debe usar un proveedor que ofrezca el servicio vía telesalud.
 - Generalmente, los servicios de telesalud deberán ser con un proveedor con quien usted haya establecido una relación u utilice el sistema de audio y comunicación interactivo que permite comunicación en tiempo real.

Copago de \$0 por visitas al proveedor de atención primaria (PCP).

Copago de \$35 por visitas a médicos especialistas.*

Consulte la Sección de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

Copago de \$35 por visitas al proveedor de atención primaria (PCP).

Copago de \$70 por visitas a médicos especialistas.*

Consulte la Sección de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<ul style="list-style-type: none">• Algunos servicios de telesalud incluyen consulta, diagnosis, y tratamiento por un médico o terapeuta para pacientes que residen en ciertas áreas o en otros lugares aprobados por Medicare.		

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

Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)

- Los servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis a domicilio en un centro de diálisis de un hospital o en un centro de diálisis renal de un hospital, un centro de diálisis renal, o en el hogar del miembro.
- Servicios de telesalud, evaluación o para tratar síntomas de derrame cerebral
- Breves consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico **si**:
 - Usted no es un nuevo paciente **y**
 - El check-in no se relaciona con una visita de oficina en los últimos 7 días **y**
 - El check-in no produce una visita de oficina dentro de 24 horas de o la cita más pronto disponible.
- Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, y la interpretación y seguimiento por su médico dentro de 24 horas **si**:
 - Usted no es un nuevo paciente **y**
 - El *check-in* no se relaciona con una visita de oficina en los últimos 7 días **y**
 - El *check-in* no produce una visita de oficina dentro de 24 horas de o la cita más pronto disponible.
- Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico **si** no es un paciente nuevo
- Segunda opinión por 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

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).</p> <p>Remisión y autorización previa pueden aplicar</p>		
<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). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>\$40 copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<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 digital. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados*</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Coaseguro del 20 % para prótesis.</p> <p>Coaseguro del 20 % para suministros médicos relacionados.</p>	<p>50% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$20 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare e-covered benefits.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<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) brindado por un médico 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>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<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 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p>Para pruebas de detección de cáncer del pulmón LDTC después de la prueba preliminar: el miembro deberá recibir una orden escrita para la prueba de detección, la cual puede ser obtenida durante cualquier visita a su médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado selecciona proveer una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para futuras pruebas de detección con LDTC, la visita deberá cumplir con el criterio de Medicare para tales visitas.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (ETS)</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

<p>Servicios para tratar enfermedades renales*</p>	<p>Copago de \$0 por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Se requiere remisión.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>Coaseguro del 20 % para diálisis renal.</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 remitidos por su médico, 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). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación 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, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). 		
<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</p>		

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. Se requiere remisión y autorización previa.		

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

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)*

(En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”). Los Centros de atención de enfermería especializada” suelen denominarse “SNFs”)

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- 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 total 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 o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.
- Exámenes de laboratorio generalmente provistos por SNF.
- Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.
- Servicios de médicos o profesionales.

En 2021, los montos para cada período de beneficios son:

- Días 1–20: \$0 por cada período de beneficios.
- Días 21–100: coaseguro de \$178 por día de cada período de beneficios.
- Días 101 y posteriores: todos los costos.

Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

En 2021, los montos para cada período de beneficios son:

- Días 1–100: \$195 copago por cada período de beneficios.
- Días 101 y posteriores: todos los costos.

Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>No se requiere una hospitalización para que comience la cobertura de SNF.</p> <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda 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> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>		

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted usa tabaco If you use tobacco, but do not have signs or symptoms of tobacco-related disease:</u> Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</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>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

<p>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)*</p> <p>La terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para aquellos miembros que sufren de enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD) y quienes han obtenido un referido por parte del médico responsable del tratamiento de esta enfermedad.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duran entre 30 y 60 minutos y que comprenden un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para el tratamiento de PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Ser brindado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superan los daños, y que está capacitado en la terapia de ejercicios para el tratamiento de PAD • Brindarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica quienes deben estar capacitados en las técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas <p>Después de las primeras 36 sesiones en un período de 12 semanas, es posible que se cubran 36 sesiones más de SET durante un período extendido, siempre que el proveedor de atención médica considere que es médicamente necesario.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$20 por servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección</p>	<p>Copago de \$30 por visita.</p>	<p>Copago de \$30 por visita.</p>

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Cobertura limitada a los EE. UU. y sus territorios.</p>		

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



Atención de la vista*

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.
- Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.
- 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 necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).

Cubrimos*:

- Un examen de la vista de rutina cubierto por año. El costo de la visita de rutina anual no se deducirá del monto total de la cobertura para los beneficios relacionados con la vista. Es posible que se aplique el costo compartido de la visita al consultorio si se realizan otros servicios médicos junto con el examen de la vista.
- Anteojos y lentes de contacto. Los anteojos incluyen lentes y armazones, hasta un par cada año. Las lentes de contacto incluyen marcos y tarifa de ajuste, hasta el monto de la cobertura.

Copago de \$0 por examen de la vista de rutina y / o examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la detección anual de glaucoma).

\$0 de copago para lentes o lentes de contacto después de una cirugía para las cataratas y/o para lentes y accesorios no cubiertos por Medicare.

Beneficio de cobertura limitado a \$200 cada 2 años para lentes de contacto y costo de ajuste o anteojos (armazón y/o lentes).

40% coseguro por examen de la vista de rutina y / o examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la detección anual de glaucoma).

50% de coseguro para el examen anual de rutina.

50% de coseguro para para lentes o lentes de contacto después de una cirugía para las cataratas y/o para lentes y accesorios no cubiertos por Medicare.

Beneficio de cobertura limitado a \$200 cada 2 años para lentes de contacto y costo de ajuste o anteojos (armazón y/o lentes).

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

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar cuando recibe los servicios Fuera de la Red
<p>La cobertura incluye la recepción de anteojos y lentes de contacto en un período de cobertura.</p> <p>Se requiere autorización previa para examen y anteojos cubiertos por Medicare</p>		
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Se requiere una referencia médica y autorización previa para EKG después de consulta de bienvenida.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Sección 2.2 Beneficios adicionales “opcional suplementarios” que usted puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no están incluidos en sus beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se conocen como “**OBeneficios Suplementarios Opcionales**”. Si desea estos beneficios suplementarios opcionales, usted tiene que inscribirse para recibirlos y pagará una prima adicional por ellos. Si usted se inscribió para beneficios suplementarios opcionales, pero no paga una prima, sus beneficios serán reducidos para excluir los beneficios suplementarios opcionales

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

de su cobertura. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación como cualquier otro beneficio.

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

Servicios Odontológicos*

Servicios dentales integrales (prima de \$20.20 por mes)

- Servicios no rutinarios; Servicios de restauración; Endodoncia; Otra Cirugía Oral / Maxilofacial; Otros servicios
- Ciertos servicios integrales como empaste, extracción o reemplazo de dientes.

Se requiere autorización previa para servicios dentales integrales. Se aplican limitaciones y exclusiones a los beneficios anteriores. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener detalles sobre los beneficios, o puede ir en línea a www.BannerMA.com.

Nuestro plan paga hasta \$1,000 por servicios dentales integrales cada año.

Restauraciones:

20%- Rellenos de amalgama y resina, infiltración de resina de una lesión incipiente de la superficie lisa, incrustaciones / onlays, restauraciones protectoras; recementación o realineación intracoronaria, extracoronaria, restauración parcial, corona
50%- Coronas, reconstrucción de muñones, retención de pasadores por diente, poste y muñón, cada poste adicional, reparación de corona necesaria por falla del material de restauración

Endodoncia:

50%- Pulpotomía y desbridamiento pulpar macroscópico del diente, conductos radiculares y retratamiento del conducto radicular anterior; Apicectomía / Cirugía perirradicular y relleno retrógrado
Periodoncia:
50%- Gingivectomía-gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea, alargamiento clínico de coronas; Raspado periodontal y alisado radicular, desbridamiento bucal completo

Extracciones:

20% -Extracciones y coronectomía 50% - Cierre de fistula oral, cierre primario de una perforación sinusal; Alveoloplastia, Vestibuloplastia; Eliminación de exostosis lateral (maxilar o mandíbula), eliminación de Torus Palatinus; Reducción de la tuberosidad ósea, eliminación del toro mandibular; Frenulectomía, frenuloplastia, escisión de tejido, escisión de encía pericoronal
Prostodoncia, Otra Cirugía Oral/ Maxilofacial

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

	<p>Otros Servicios: 20% - Ajustes, restauraciones, restauración de base o soporte protésico o remplazo de diente que falta o quebrado o sujetador, añadir diente, añadir sujetador en las dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas base y reforrado, preparación del tejido; volver a cementar y reparar las dentaduras postizas parciales o implantes, volver a sellar el diente de sostén/implante</p> <p>50% - Dentadura postiza removible - completa, parcial, inmediata, sobre la dentadura postiza, dentadura postiza parcial fija – dientes artificiales y retenedores, retenedores de corona; lugar quirúrgico para implante, mini implante y dientes de soporte (retenedores y coronas); Consultas profesionales – hogar, centro de atención extendida, hospital o centro quirúrgico ambulatorio, consultas; Aplicación de medicamento para desensibilización, análisis oclusal – caso montado, ajustes completos y limitados.</p>
--	---

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por Medicare?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Medicare (exclusiones de Medicare)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” por Medicare. “Excluido” significa que Medicare no cubre estos servicios.

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

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

Si recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted tendrá que pagar por ellos por su propia cuenta. Medicare no pagará los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

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

Aunque usted haya recibido los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no serán cubiertos por nuestro plan para pagar por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
* El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de convalecencia, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <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 mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios dentales no preventivos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios dentales requeridos para tratar enfermedades o lesiones pueden cubrirse como servicios de hospitalización o ambulatorios. • Servicios dentales (no-preventivos) adquiridos como beneficios suplementarios opcionales (Consulte la Sección 2.2 del Cap. 4)
Zapatos ortopédicos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.</p>
Servicios para los pies rutinarios		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo a las normas de Medicare, por ej., si usted tiene diabetes.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.</p>
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		✓

* 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.

Códigos para beneficios dentales cubiertos

Códigos de cobertura para beneficios preventivos y de diagnóstico:

Código	Descripción del servicio	Normas
	Diagnóstico (Exámenes o Exámenes Orales Preventivos)	
D0120 D0160 D0170	Evaluación oral periódica Examen oral completo Evaluación oral limitada – enfocado en el problema	Dos cada 12 meses
D0140	Evaluación oral limitada	Tres cada 12 meses; no se permite con los servicios rutinarios
D0150 D0180	Examen oral completo Evaluación periodontal completa	Uno cada 35 meses
	Radiografías (Radiografías dentales)	
D0210 D0277 D0330	Intraoral - serie completa de imágenes radiográficas Aleta de mordidas verticales - 7 to 8 imágenes radiográficas Imágenes radiográficas panorámicas	Uno cada 35 meses
D0220 D0230	Intraoral periapical -1ra imagen radiográfica Intraoral periapical - cada imagen radiográfica adicional	Una por fecha de servicio.
D0240	Imagen radiográfica oclusal intraoral	Dos cada 24 meses
D0270 D0272 D0273 D0274	Aleta de mordida - una imagen radiográfica Aleta de mordidas - dos imágenes radiográficas Aleta de mordidas - tres imágenes radiográficas Aleta de mordidas - cuatro imágenes radiográficas	Uno cada 12 meses
	Preventivo (Limpiezas)	
D1110 D4346 D4910	Profilaxis - adulto Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa, en toda el área bucal	Dos cada 12 meses Cuatro de D4910 cada 12 meses

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

	procedimientos de mantenimiento periodontal (después de terapia activa)	
	Flúor	
D1206 D1208 D9110	Aplicación tópica de esmalte flúor aplicación tópica de flúor tratamiento paliativo (de emergencia) para dolores dentales – procedimiento menor	Dos cada 12 meses

Códigos de cobertura para beneficios preventivos y de diagnóstico:

Código	Descripción del servicio	Normas Administrativas
	Restauración básica (Amalgamas/empastes)	
D2140	Amalgama - una superficie, primarios o permanentes	Uno cada 24 meses .
D2150	Amalgama - dos superficies, primarios o permanentes	Uno cada 24 meses .
D2160	Amalgama - tres superficies, dientes primarios o permanentes	Uno cada 24 meses .
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, primarios o permanentes	Uno cada 24 meses .
	restauración básica (Amalgamas/empastes)	
D2330	Compuesto a base de resina - 1 superficie, anterior	Uno cada 24 meses .
D2331	Compuesto a base de resina - 2 superficies, anterior	Uno cada 24 meses .
D2332	Compuesto a base de resina - 3 superficies, anterior	Uno cada 24 meses .
D2335	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, anterior	Uno cada 24 meses .
D2390	Corona de compuesto a base de resina - anterior	Uno cada 24 meses .
D2391	Compuesto a base de resina - 1 superficie, posterior	Uno cada 24 meses
D2392	Compuesto a base de resina - 2 superficies, posterior	Uno cada 24 meses
D2393	Compuesto a base de resina - 3 superficies, posterior	Uno cada 24 meses
D2394	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, posterior	Uno cada 24 meses .
	Reposición de incrustación/recubrimiento	
D2510	Recubrimiento metálico - una superficie	Uno cada 60 meses
D2520	Recubrimiento metálica - dos superficies	Uno cada 60 meses
D2530	Recubrimiento metálico - tres o más superficies	Uno cada 60 meses
D2542	Recubrimiento metálico - dos superficies	Uno cada 60 meses
D2543	Recubrimiento metálico - tres superficies	Uno cada 60 meses
D2544	Recubrimiento metálico - cuatro o más superficies	Uno cada 60 meses
D2610	Recubrimiento de porcelana o cerámica - una superficie	Uno cada 60 meses

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

D2620	Recubrimiento de porcelana o cerámica - dos superficies	Uno cada 60 meses
D2630	Recubrimiento de porcelana o cerámica - tres o más superficies	Uno cada 60 meses
D2642	Recubrimiento de porcelana o cerámica - dos superficies	Uno cada 60 meses
D2643	Recubrimiento de porcelana o cerámica - tres superficies	Uno cada 60 meses
D2644	Recubrimiento de porcelana o cerámica - cuatro o más superficies	Uno cada 60 meses
D2650	Incrustación compuesto a base de resina - una superficie	Uno cada 60 meses
D2651	Incrustación compuesto a base de resina - dos superficies	Uno cada 60 meses
D2652	Incrustación - compuesto a base de resina, tres o más superficies	Uno cada 60 meses
D2662	Recubrimiento - compuesto a base de resina, dos superficies	Uno cada 60 meses
D2663	Recubrimiento - compuesto a base de resina, tres superficies	Uno cada 60 meses
D2664	Recubrimiento compuesto a base de resina - cuatro o más superficies	Uno cada 60 meses
	Coronas - Restauración singular solamente (significa prostodoncia de coronas)	
D2710	Corona - resina - (indirecto)	Uno cada 60 meses
D2712	Corona - 3/4 compuesto a base de resina (indirecto)	Uno cada 60 meses
D2720	Corona - a base de resina con metal noble resistente	Uno cada 60 meses
D2721	Corona - a base de resina con base de metal predominantemente	Uno cada 60 meses
D2722	Corona - a base de resina con metal noble	Uno cada 60 meses
D2740	Crown - porcelana o cerámica	Uno cada 60 meses
D2750	Corona - porcelana fundida a metal noble resistente	Uno cada 60 meses
D2751	Corona - porcelana fundida a base de metal	Uno cada 60 meses
D2752	Corona - porcelana fundida a metal noble	Uno cada 60 meses
D2753	Corona - porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio	Uno cada 60 meses
D2780	Corona - 3/4 a base de resina con metal noble altamente resistente	Uno cada 60 meses
D2781	Corona - 3/4 a base de resina con metal noble resistente	Uno cada 60 meses
D2782	Corona - 3/4 por colado en metal noble resistente	Uno cada 60 meses
D2783	Corona- porcelana o cerámica	Uno cada 60 meses
D2790	Corona – total por colado en metal altamente noble	Uno cada 60 meses
D2791	Corona - total por colado de metal predominantemente básico	Uno cada 60 meses
D2792	Corona - total por colado con metal noble	Uno cada 60 meses
D2794	Corona - titanio	Uno cada 60 meses

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

D2799	Corona temporal	Denegar- incluido en los beneficios de coronas
	Restauraciones mayores (significa prostodoncia de coronas)	
D2910	Recimentado de incrustraciones, restauraciones, Veneer o laminado o restauraciones de cobertura parcial	Uno por diente por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D2915	Recementado o readhesión indirectamente fabricados	Uno por diente por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D2920	Recementado o readhesión de corona	Uno por diente por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D2940	Restauración protectora	Uno por diente por ciclo de vida.
D2950	Materiales de base, incluso espigas o pernos si así se requiere	Uno por diente por 60 meses
D2951	Retención de perno, además de restauración.	Uno por diente por 60 meses
D2952	Poste y base de molde además de la corona, indirectamente fabricado	Uno por diente por 60 meses
D2953	Cada poste adicional, del mismo diente, indirectamente fabricado	Uno por diente por 60 meses
D2954	Poste y base de molde prefabricado además de la corona	Uno por diente por 60 meses
D2980	Reparación de la corona necesario debido a la falla del material restaurativo	Uno por diente por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D2990	Infiltración de resina a lesión de superficie suave incipiente	Uno cada 24 meses
D2999	Procedimiento restaurativo no específico, por reporte	
	Pulpectomía	
D3220	Pulpectomía terapéutica	Uno por diente por ciclo de vida.
D3221	Biopulpectomía grave, dientes primarios y permanentes	Uno por diente por ciclo de vida.
	Terapia de endodoncia	
D3310	Terapia de endodoncia, (tratamiento de conductos), anterior	Uno por diente por ciclo de vida.
D3320	Terapia de endodoncia, (tratamiento de conductos), bicúspide	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3330	Terapia de endodoncia, (tratamiento de conductos), bicúspide	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3331	Tratamiento de obstrucción de endodoncia; acceso no quirúrgico	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3346	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - anterior	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3347	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - bicúspide	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3348	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - bicúspide	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3999	Procedimiento no específico de endodoncia	
	Servicios de Apiceptomía y Perirradicular	

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

D3410	Apiceptomía - anterior	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3421	Apiceptomía/Perirradicular - bicúspide (primera raíz)	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3425	Cirugía de Apiceptomía/Perirradicular - molar (primera raíz)	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3426	Cirugía de Apiceptomía/Perirradicular (cada raíz adicional)	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D3430	Empaste retrógrado	Uno por diente por ciclo de vida.
Periodontal		
Servicios quirúrgicos (incluso servicios postoperativos usuales)		
D4210	Gingivectomía - gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Uno por cuadrante por 36 meses
D4211	Gingivectomía - gingivoplastia - tres o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Uno por cuadrante por 36 meses
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluso limpieza de sarro - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Uno por cuadrante por 36 meses
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluso limpieza de sarro - de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Uno por diente por 36 meses
D4249	Alargamiento quirúrgico de la corona - tejido duro	Uno por diente permanente por ciclo de vida.
D4260	Cirugía ósea - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Uno por cuadrante por 36 meses
D4261	Cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) - 1 a 3 dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Uno por cuadrante por 36 meses
Servicio Periodontal complementario		
D4341	Raspado periodontal y limpieza de sarro - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Uno por cuadrante por 36 meses
D4342	Raspado periodontal y limpieza de sarro - 1-3 dientes por cuadrante	Uno por cuadrante por 36 meses
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir evaluación y diagnóstico integrales en una visita posterior	Uno cada 36 meses
Otros Servicios Periodontales		
D4999	Procedimiento no específico de endodoncia	
Dentaduras completas		
D5110	Prótesis total - maxilar	Uno cada 60 meses .
D5120	Prótesis total - mandibular	Uno cada 60 meses .
D5130	Prótesis inmediata - maxilar	Uno cada 60 meses .
D5140	Prótesis inmediata - mandibular	Uno cada 60 meses .
Dentaduras parciales		

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

D5211	Prótesis maxilar parcial - a base de resina base (incluyendo cualquier retenedor, soportes y dientes convencionales)	Uno cada 60 meses .
D5212	Prótesis parcial mandibular - a base de resina	Uno cada 60 meses .
D5213	Prótesis parcial superior - esqueleto de metal colado con base de resina	Uno cada 60 meses .
D5214	Prótesis parcial superior - esqueleto de metal colado con base de resina	Uno cada 60 meses .
D5221	Prótesis parcial maxilar inmediata con base de resina	Uno cada 60 meses .
D5222	Prótesis parcial mandibular inmediata con base de resina	Uno cada 60 meses .
D5223	Prótesis parcial maxilar inmediata - esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis	Uno cada 60 meses .
D5224	Prótesis parcial mandibular inmediata - esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis	Uno cada 60 meses .
D5225	Prótesis parcial maxilar inmediata con base flexible	Uno cada 60 meses .
D5226	Prótesis parcial mandibular inmediata con base flexible	Uno cada 60 meses .
Ajustes de prótesis removible		
D5410	Ajuste completo de prótesis - maxilar	Dos ajustes por arco por cada 12 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5411	Ajuste completo de prótesis - mandibular	Dos ajustes por arco por cada 12 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5421	Ajuste parcial de prótesis - maxilar	Dos ajustes por arco por cada 12 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5422	Ajuste parcial de prótesis - mandibular	Dos ajustes por arco por cada 12 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
Reparaciones a prótesis completa		
D5511	Reparación de la base rota de una dentadura completa, mandibular	Dos ajustes por arco por cada 12 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5512	Reparación de la base rota de una dentadura completa, mandibular	Dos ajustes por arco por cada 12 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5520	Reemplazo de dientes perdidos o quebrados - prótesis total (cada diente)	Una vez por diente por cada 12 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5611	reparación de la base de resina de una dentadura parcial, mandibular	Uno por arco por cada 12 meses
D5612	Reparación de la base de resina de una dentadura, maxilar	Uno por arco por cada 12 meses
D5621	Reparación de colada en estructura mandibular	Uno por arco por cada 12 meses
D5622	Reparación de colada en estructura maxilar	Uno por arco por cada 12 meses

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

D5630	Reparación o reemplazo de ganchos rotos	Uno por diente por 12 meses
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente	Uno por diente por cada 12 meses
D5650	Adición de diente a prótesis parcial existente	Uno por diente por cada 12 meses
D5660	Adición de gancho a prótesis parcial existente	Uno por diente por cada 12 meses
Procedimientos de rebase de prótesis		
D5710	Rebase completo de prótesis maxilar	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5711	Rebase completo de prótesis mandibular	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5720	Rebase parcial de prótesis mandibular	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5721	Rebase parcial de prótesis mandibular	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
Procedimientos de rebase de prótesis		
D5730	Reajuste de prótesis total mandibular (laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5731	Reajuste de prótesis total mandibular (consultorio)	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5740	Reajuste de prótesis parcial superior (consultorio)	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5741	reajuste de prótesis parcial mandibular (consultorio)	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5750	Reajuste de prótesis total mandibular (laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5751	Reajuste de prótesis total mandibular (laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5760	Reajuste de prótesis parcial superior (laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
D5761	Reajuste de prótesis parcial mandibular (laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)
Otros servicios de prótesis removible		
D5850	Acondicionamiento de tejido maxilar	Solo permisible en conjunto con la fabricación de nueva prótesis No es permisible por 60 meses después de la entrega de la nueva prótesis
D5851	Acondicionamiento de tejido mandibular	Solo permisible en conjunto con la fabricación de nueva prótesis No es permisible por 60 meses después de la entrega de la nueva prótesis
D5863	Sobreprótesis - maxilar completa	Uno cada 60 meses

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

D5864	Sobreprótesis - maxilar parcial	Uno cada 60 meses
D5865	Sobreprótesis - mandibular completa	Uno cada 60 meses
D5866	Sobreprótesis - mandibular parcial	Uno cada 60 meses
D5876	Añadir subestructura de metal al acrílico de la prótesis completa	
D5899	Procedimientos de prostodoncia removible no específica	
D5999	Prótesis maxilar no específica , por reporte	
	Implantes endostiales	
D6010	Colocación quirúrgica del implante: implante endosteal	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6059	Corona de porcelana fusionada con metal (noble alto) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6060	Corona de porcelana fusionada con metal (metal común) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6061	Corona de porcelana fusionada con metal (metal noble) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6062	Corona colado de metal (noble alto) apoyada en soporte	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6063	Corona colado de metal (metal común) apoyada en soporte	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6064	Corona colado de metal (metal noble) apoyada en soporte	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6066	Porcelana fusionada con metal (titanio, aleación de titanio o metal noble alto) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6067	Corona de metal (titanio, aleación de titanio o metal noble alto) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6068	Retenedor para FPD de porcelana/cerámica apoyado en soporte	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6069	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal (metal noble alto) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6070	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal (predominantemente metal común) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6071	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal (metal noble) apoyado en soporte	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6072	Retenedor para FPD con metal (noble alto) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6073	Retenedor para FPD con metal fundido (predominantemente metal común) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6074	Retenedor para FPD con metal (noble alto) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante

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

D6075	Retenedor para FPD de cerámica apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6076	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal (titanio, aleación de titanio o metal noble alto) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6077	Retenedor para FPD de metal común fusionado con metal (titanio, aleación de titanio o metal noble alto) apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6082	Corona de porcelana fusionada a predominantemente aleación de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6083	Corona de porcelana fusionada a aleación de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6084	Corona de porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6086	Corona predominantemente de aleación de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6087	Corona predominantemente de aleación de metal noble apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6088	Corona fundida a titanio o aleaciones de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6090	Reparación de implante apoyando a la prótesis	Uno por diente por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D6092	Recementar o readhesión de implante/apoyado en la corona	Uno por diente por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D6093	Recementar o readhesión de implante/apoyado en la prótesis parcial fija	Uno por diente por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D6094	Corona apoyada en implante -titanio	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6097	Corona de porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6098	Corona de porcelana fusionada a predominantemente aleación de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6099	Retenedor para FPD - porcelana fusionada a aleación de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6120	Retenedor - porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6121	Retenedor para FPD de metal apoyado en implante - predominantemente aleación de titanio	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6122	Retenedor para FPD de metal apoyado en implante - aleación de metal noble	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6123	Retenedor para FPD de metal apoyado en implante - titanio o aleación de titanio	Uno por cada 60 meses por cuadrante
D6195	Retenedor - porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio apoyado en implante	Uno por cada 60 meses por cuadrante
	Póntico de dentadura parcial fija	
D6205	Póntico - compuesto basado de resina indirecto	Uno cada 60 meses

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

D6210	Póntico - metal noble altamente resistente	Uno cada 60 meses .
D6211	Póntico - compuesto predominantemente metal base	Uno cada 60 meses .
D6212	Póntico - metal noble resistente	Uno cada 60 meses .
D6214	Póntico - titanio	Uno cada 60 meses .
D6240	Póntico - porcelana fusionada a metal noble alto	Uno cada 60 meses .
D6241	Póntico - porcelana fusionada con metal	Uno cada 60 meses .
D6242	Póntico - porcelana fusionada con metal noble	Uno cada 60 meses .
D6243	Póntico - porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio	Uno cada 60 meses .
D6245	Póntico - sustrato cerámica o porcelana	Uno cada 60 meses .
D6250	Póntico - a base de resina con metal noble alto	Uno cada 60 meses .
D6251	Póntico - a base de resina con metal	Uno cada 60 meses .
D6252	Póntico - a base de resina con metal noble	Uno cada 60 meses .
D6545	Retenedor - metal fundido a base de resina para prótesis fija	Uno cada 60 meses .
D6548	Retenedor - cerámica o porcelana fundida a base de resina para prótesis fija	Uno cada 60 meses .
D6549	Retenedor a base de resina - fundido a base de resina para prótesis fija	Uno cada 60 meses .
D6602	Retenedor incrustaciones - metal noble, dos superficies	Uno cada 60 meses .
D6603	Retenedor incrustaciones - metal noble, tres o más superficies	Uno cada 60 meses .
D6604	Retenedor incrustaciones - metal noble, 2 superficies	Uno cada 60 meses .
D6605	Retenedor incrustaciones - metal noble, 3 o más superficies	Uno cada 60 meses .
D6606	Retenedor incrustaciones - metal noble, dos superficies	Uno cada 60 meses .
D6607	Retenedor incrustaciones - metal noble altamente resistente, 3 o más superficies	Uno cada 60 meses .
D6608	Retenedor incrustaciones - porcelana o cerámica, dos superficies	Uno cada 60 meses .
D6609	Recubrimiento de porcelana o cerámica - tres o más superficies	Uno cada 60 meses .
D6610	Retenedor recubrimiento - metal noble altamente resistente dos superficies	Uno cada 60 meses .
D6611	Retenedor recubrimiento - metal noble altamente resistente tres superficies	Uno cada 60 meses .
D6612	Retenedor recubrimiento - metal predominantemente metal base 2 superficies	Uno cada 60 meses .
D6613	Retenedor recubrimiento - metal predominantemente metal base 3 superficies	Uno cada 60 meses .
D6614	Retenedor recubrimiento - metal noble altamente resistente, dos superficies	Uno cada 60 meses .
D6615	Retenedor Recubrimiento - metal noble altamente resistente, 3 o más superficies	Uno cada 60 meses .
D6624	Retenedor - incrustaciones titanio	Uno cada 60 meses .

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

D6634	Retenedor - Recubrimiento titanio	Uno cada 60 meses .
D6710	Corona retenedor - compuesto basado de resina indirecto	Uno cada 60 meses .
	Coronas Retenedores Prótesis Parcial Fija	
D6720	Corona retenedor - a base de resina con metal noble altamente resistente	Uno cada 60 meses .
D6721	Corona retenedor - a base de resina con metal predominantemente común	Uno cada 60 meses .
D6722	Corona retenedor - a base de resina con metal noble	Uno cada 60 meses .
D6740	Corona retenedor- porcelana o cerámica	Uno cada 60 meses .
D6750	Corona retenedor- porcelana fusionada a metal noble alto	Uno cada 60 meses .
D6751	Corona retenedor- porcelana fusionada a metal	Uno cada 60 meses .
D6752	Corona retenedor- porcelana fusionada a metal noble	Uno cada 60 meses .
D6753	Corona retenedor- porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio	Uno cada 60 meses .
D6780	Corona retenedor- 3/4 por colado en metal noble altamente resistente	Uno cada 60 meses .
D6781	Corona retenedor - 3/4 por colado en metal común predominantemente resistente	Uno cada 60 meses .
D6782	Corona retenedor - 3/4 por colado en metal noble	Uno cada 60 meses .
D6784	Corona retenedor- fundida a titanio o aleaciones de titanio	Uno cada 60 meses .
D6790	Corona retenedor- completa con metal noble altamente resistente	Uno cada 60 meses .
D6791	Corona retenedor- completa con metal común	Uno cada 60 meses .
D6792	Corona retenedor- completa con metal noble altamente resistente	Uno cada 60 meses .
D6793	Corona retenedor temporal	Uno cada 60 meses .
D6794	Corona retenedor - titanio	Uno cada 60 meses .
	Otros servicios de prótesis parcial fija	
D6930	Recementar prótesis parcial fija	Uno por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D6980	Reparación de dentadura parcial fija	Uno por 24 meses solo después de 6 meses del reemplazo inicial
D6999	Procedimientos de prostodoncia fija no específica	
	Cirugía oral y maxilofacial (Cirugía Oral o Extracciones)	
D7140	Extracción - diente brotado o raíz expuesta	Uno por diente por ciclo de vida.
D7210	Extracción quirúrgica de dientes brotados que requieren la extracción de hueso y / o sección del diente	Uno por diente por ciclo de vida.
D7220	Extracción de diente impactado tejido blando	Uno por diente por ciclo de vida.
D7230	Extracción de diente impactado - parcialmente hueso	Uno por diente por ciclo de vida.
D7240	Extracción de diente impactado - parcialmente hueso	Uno por diente por ciclo de vida.

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

D7241	Extracción de diente impactado - completamente hueso, con complicaciones quirúrgicas fuera de lo normal	Uno por diente por ciclo de vida.
D7250	Remover quirúrgicamente raíces residuales	Uno por diente por ciclo de vida.
D7251	Coronectomía	Uno por diente por ciclo de vida.
Otros Procedimientos Quirúrgicos		
D7260	Cierre de fístula oralantral	2 por arco de por vida
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	2 por arco de por vida
D7285	Biopsia incisional de tejido oral duro	
D7286	Biopsia incisional de tejido oral blando	
Preparación quirúrgica de alveoplastia de cresta para dentaduras postizas		
D7310	Alveoplastia con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida
D7311	Alveoplastia junto con extracciones uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida
D7320	Alveoplastia no junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida
D7321	Alveoplastia no junto con extracciones uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida
Vestibuloplastia		
D7340	Vestibuloplastia - extensión de la cresta (epitelización secundaria)	Uno por arco de por vida
D7350	Extensiones de vestibuloplastia-cresta (incluidos injertos de tejido blando, reinserción muscular, revisión de la inserción de tejido blando y tratamiento de tejido hipertrofiado e hiperplásico)	Uno por arco de por vida
Escisión quirúrgica de lesiones inflamatorias reactivas		
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	
D7411	Escisión de lesión benigna mayor de 1.25 cm	
D7440	Escisión de tumor maligno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	
D7441	Escisión de tumor maligno - diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	
D7450	Extirpación de un quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	
D7451	Extirpación de un quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor de hasta 1.25 cm	
D7460	Extirpación de un quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	
D7461	Extirpación de un quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor de hasta 1.25 cm	
D7471	Eliminación de exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	2 por arco de por vida, independientemente del proveedor

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

D7472	Eliminación de torus palatinus	2 por ciclo de vida sin importar el proveedor
D7485	Reducción de la tuberosidad ósea	2 por ciclo de vida sin importar el proveedor
D7473	Eliminación de torus mandibular	2 por ciclo de vida sin importar el proveedor
Incisión quirúrgica		
D7510	Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral	no permitido junto con la extracción en la misma fecha de servicio
D7520	Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral	
D7521	Incisión y drenaje de absceso de tejido blando extraoral complicado	
Otros procedimientos de reparación		
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) - procedimiento separado	Uno por arco de por vida
D7963	Frenuloplastia	Uno por arco de por vida
D7970	Escisión de tejido hiperplásico - por arco	Uno por arco de por vida
D7971	Escisión de encía pericoronar	Uno por diente por ciclo de vida.
D7999	Procedimiento de cirugía oral no especificado, según informe	
Anestesia		
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	Uno por miembro por fecha de servicio.
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento posterior de 15 minutos	3 por miembro por fecha de servicio.
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgésico, ansiólisis	Uno por miembro por fecha de servicio.
D9239	Moderación intravenosa (consciente)	Uno por miembro por fecha de servicio.
D9243	Moderación intravenosa (consciente): cada incremento posterior de 15 minutos	3 por miembro por fecha de servicio.
D9248	Sedación no intravenosa (consciente)	Uno por miembro por fecha de servicio.
Consulta profesional		
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante.	Uno por proveedor o ubicación por año.
Visitas profesionales		
D9410	Llamada a domicilio/centro de atención extendida	Una por fecha de servicio. 6 al año
D9420	Llamada al hospital o centro quirúrgico ambulatorio	Una por fecha de servicio. 6 al año
Servicios misceláneos		
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	2 cada 12 meses
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgico)	Una vez al año por paciente. No debe usarse para el cuidado postoperatorio de rutina o el tratamiento de alveolitis seca
D9950	Análisis oclusal: estuche montado	Uno cada 60 meses
D9951	Ajuste oclusal - limitado	Uno cada 12 meses
D9952	Ajuste oclusal - completo	Uno cada 60 meses

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

D9999	Procedimiento adyuvante no especificado, por informe	
-------	--	--

Nuestro plan no cubre lo siguiente:

- Implantes dentales
- Costo de perder citas dentales
- Procedimientos dentales no listados en la lista de códigos de beneficios dentales
- Procedimientos dentales por razones solamente cosméticas/estéticas
- Procedimientos dentales no consistentes con las normas de ADA según indicadas en el Manual del Proveedor DentaQuest

Limitaciones y exclusiones aplican a los beneficios arriba Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro

Centro de Atención al Cliente para detalles sobre los beneficios, o en línea al www.BannerMA.com

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	136
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	136
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ..	137
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	137
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, use una farmacia de la red	137
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	138
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan.....	139
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	140
Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan.....	140
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	141
Sección 3.1	La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	141
Sección 3.2	En la Lista de medicamentos hay seis niveles de costo compartido.....	142
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	143
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.	143
Sección 4.1	¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?.....	143
Sección 4.2	¿Qué clase de restricciones?.....	144
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?.....	145
SECCIÓN 5	Qué hacer si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera.....	145
Sección 5.1	Cuales son las cosas que puede hacer si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera.....	145
Sección 5.2	Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento.....	146
Sección 5.3	Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta.....	149

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

SECCIÓN 6	Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que utiliza.....	149
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	149
Sección 6.2	Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando	150
SECCIÓN 7	¿Qué servicios <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	152
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	152
SECCIÓN 8	Presente su tarjeta de membresía al plan cuando surta una receta médica.....	153
Sección 8.1	Presente su tarjeta de membresía.....	153
Sección 8.2	Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía con usted.....	153
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	154
Sección 9.1	¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?.....	154
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)?.....	154
Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos del plan grupal de un empleador o de jubilación?.....	155
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	155
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y utilización de medicamentos.....	156
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad	156
Sección 10.2	Programa de Terapia de manejo de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos.....	157

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos



¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?

El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a pagar a personas con recursos limitados por sus medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 contiene más información sobre este programa.

¿Está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está participando en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que alguna de la información es esta *Evidencia de Cobertura sobre el costo de los medicamentos con receta de la Parte B* no le aplique.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

Este capítulo explica las reglas cuando usa su cobertura de medicamentos de la Parte D. El próximo capítulo indica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, Banner Plus también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. Por medio de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, generalmente, los medicamentos que le dan durante las estadias cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Por medio de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. El capítulo 4. El Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta, ya sea hospitalaria o en un centro de atención de enfermería especializada, y sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Sección 1.2 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 (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.
- La persona autorizada que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que demuestre que está calificada para emitir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan).
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. (Para más información, consulte la Sección 3 sobre situaciones de indicaciones médicamente aceptadas).

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en 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 obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Sección 2.2 Cómo encontrar 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.BannerMA.com o llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o buscar en el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.BannerMA.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- 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 hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan para que le envíen los medicamentos a usted. 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. Si usa el servicio de pedido por correo de una farmacia fuera de la red, su medicamento no se cubrirá.

El servicio de pedido por correo del plan requiere que solicite un suministro de 90 días.

Para ordenar recetas por pedido de correo de su farmacia, deberá descargar la aplicación de Banner Rx app disponible en Google Play o Apple App. También puede dirigirse a www.BannerHealth.medrefill.com. Farmacias participantes de Banner Family Pharmacy (BFP) – Chandler es la farmacia preferida para pedidos de entrega por correo. Por medio de la aplicación puede ver sus recetas, ordenes de recetas, cambio de recetas y recordatorios individualizados para tomar sus medicamentos o úselo para mantener un registro de sus entregas.

También puede llamar a nuestro equipo de pedidos por correo al 844-747-6441, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. o puede llamar al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Generalmente, una orden de pedidos por correo será recibida en no más de 10 días. Si por alguna razón su pedido no puede entregarse dentro de 10 días, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Por favor, comuníquese con Postal Prescription Services (PPS) llamando al (800) 552-6694, o en línea www.BannerHealth.MedRefill.com. También puede descargar nuestra aplicación Banner Rx: Busque las aplicación Banner Rx disponible en Google Play o Apple App Para una farmacia de pedido por correo alterna, usted puede llamar a MedImpact Direct Mail Order al (855)-873-8739 o al www.medimpactdirect.com.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* indica cuáles farmacias le permiten obtener suministros a largo plazo para medicamentos de mantenimiento. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
2. Puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo del plan requiere que solicite un suministro de 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Cubriremos recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas al cuidado de una emergencia médica o al cuidado de urgencia.
- Si usted está viajando dentro de EE.UU., pero se encuentra fuera de nuestra área de cobertura y se enferma o se le acaban los medicamentos, le cubriremos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red si una farmacia de la red no se encuentra disponible.
- 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 la atención a través de su plan.

En estas situaciones, consulte primero con nuestro **Centro de Atención al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto). 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 recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red si no hay una farmacia de la red disponible.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

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)*. La denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.

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

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 habla de los medicamentos de Parte D).

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- O bien, esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

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

¿Qué no se incluye en la Lista de medicamentos?

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 nuestra Lista de medicamentos un medicamento en particular.

Sección 3.2	En la Lista de medicamentos hay seis niveles de costo compartido
--------------------	---

Cada medicamento en la Lista de medicamentos se encuentra en uno de 6 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- Nivel 1 – Genérico Preferido (Nivel más bajo de costo compartido)
- Nivel 2 – Genérico
- Nivel 3 - Marca preferida
- Nivel 4 - Marca no preferida
- Nivel 5 - Medicamentos especializados (nivel de costo compartido más alto)
- Nivel 6 - Medicamentos para tratamientos seleccionados: (ciertos medicamentos de copago de \$ 0)

Para saber en qué nivel de gasto compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

La cantidad que paga en cada nivel de costos compartidos se describe en el Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos)

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

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan (www.BannerMA.com). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Centro de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

En el caso de ciertos medicamentos con receta, existen reglas especiales que restringen de qué forma y cuándo son cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, para que la cobertura de sus medicamentos sea más accesible.

En general, nuestras reglas lo incentivan a tomar un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma efectividad médica que un medicamento más caro, las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor se decidan por la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y normas de Medicare para la cobertura de y los costos compartidos de los medicamentos.

Si existe una restricción para el medicamento que toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso formal de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información adicional sobre la forma de solicitar excepciones).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Por favor tenga en cuenta que un medicamento puede aparecer más de una vez en la lista. Esto se debe a que diferentes restricciones o costo compartidos pueden aplicar en base a factores como el impacto, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica en su salud (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg, una vez al día comparado con dos veces al día, tableta comparado con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué clase de restricciones?

Nuestro plan utiliza distintos tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más efectiva. Las secciones siguientes le informarán sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Restricción de un medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona igual que uno de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando la versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si un proveedor nos ha comunicado la razón médica por la que no funcionará en su caso ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para la afección que usted padece, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su gasto compartido sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se llama **“autorización previa.”** A veces el requisito de obtener aprobación previa sirve para guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el plan podría no cubrir su medicamento. (Esto suele denominarse “autorización previa”).

Trate de usar primero un medicamento diferente

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **“terapia escalonada.”**

Límites de cantidad.

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener limitando la cantidad que puede obtener de un medicamento recetado cada vez que lo

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

surte. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una pastilla por día.

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones mencionadas anteriormente. Para saber si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio web (www.BannerMA.com).

Si existe una restricción para el medicamento que toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso formal de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información adicional sobre la forma de solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 Qué hacer si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera

SECCIÓN 5.1 Cuales son las cosas que puede hacer si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera

Esperamos que le sirva su cobertura de medicamentos. Pero es posible que haya un medicamento recetado que actualmente toma, o uno que su proveedor considera que debería tomar, que no figura en nuestro formulario o que está en nuestro formulario, pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas adicionales o restricciones en la cobertura de ese medicamento. Según se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan poseen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que se le pida que primero use un medicamento diferente, para determinar si es efectivo, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O pueden existir límites sobre la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que se cubre durante un periodo en particular. En algunos casos, puede desear que lo eximamos de la restricción.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que le implica un costo compartido más costoso que lo que considera que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis niveles de costos compartidos diferentes. La cantidad que paga por el medicamento recetado depende en parte del nivel de gasto compartido en el que se encuentra ese medicamento.

Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que lo fuera.

- Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de Medicamentos o si existen restricciones para el mismo, consulte la Sección 5.2 para saber cuáles son los pasos a seguir.
- Si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que a su criterio encarece mucho sus costos, consulte la Sección 5.3 para saber cuáles son los pasos a seguir.

Sección 5.2	Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento
--------------------	---

Si el medicamento que usted utiliza no está en la lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, usted podrá:

- Adquirir un suministro temporal del medicamento (solo miembros en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto permitirá que tanto usted como su proveedor tengan tiempo de elegir otro medicamento o de presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Cambiarlo por otro medicamento.
- Puede pedir una excepción y solicitar que el plan cubra el medicamento o elimine las restricciones que existen sobre el medicamento.

Quizás pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentra en la Lista de Medicamentos, o cuando posee algún tipo de restricción. Esto le brinda tiempo para consultar a su proveedor sobre el cambio de cobertura y para determinar los pasos a seguir.

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

1. El cambio de cobertura de los medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan.**

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- -- o -- El medicamento que ha estado tomando ahora tiene algún tipo de restricción (la Sección 4 de este capítulo le informa cuáles son las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

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

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si pertenecía al plan el año pasado.** Este suministro provisional será por un máximo de 31 días. Si su prescripción está hecha por menos días, permitiremos surtir varias unidades para proveerlo por un máximo de 31 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede facilitar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan el suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta ha sido emitida por menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal anterior.

- **Para aquellos miembros con cambios en el nivel de atención:**

Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, le permitiremos reponer su receta médica hasta que le hayamos provisto un suministro de transición por 31 días, conforme con el aumento de dispensación (a menos que su receta médica indique menos días). Si usted necesita un medicamento que no figura en nuestro formulario o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero ya ha sido un afiliado de nuestro Plan por más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de ese medicamento (a menos que su receta médica indique menos días) mientras tramita una excepción de formulario.

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

- Miembros que son dados de alta de un hospital a su hogar
- Miembros que finalizan su estadía en la Parte A de Medicare en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver al formulario del plan de la Parte D
- Miembros que renuncian al estatus de hospicio para volver a los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare
- Miembros que terminan un centro de atención a largo plazo se quedan y regresan a la comunidad

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Miembros que son dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos altamente individualizados

Para solicitar un suministro temporal, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o bien pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le brindarán mayor información acerca de estas opciones.

Cambiarlo por otro medicamento.

Comience por comentarlo con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. Puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted lo desea. Si su proveedor afirma que usted posee motivos médicos que lo justifican, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento incluso si no está incluido en la Lista de Medicamentos. O puede solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es un miembro y se eliminará del formulario un medicamento que toma o se lo limitará de alguna manera para el año próximo, permitiremos que solicite una excepción al formulario con antelación para el año próximo. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración que avala la solicitud del profesional que expide la receta). 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 informan cuáles son los pasos a seguir. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de forma pronta y justa.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 5.3 Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta

Si el medicamento está en un nivel de gasto compartido que a su criterio es demasiado alto, aquí enumeramos los pasos a seguir:

Cambiarlo por otro medicamento.

Si el medicamento está en un nivel de gasto compartido que a su criterio es demasiado alto, aquí enumeramos los pasos a seguir: Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. Puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de gasto compartido para el medicamento para que usted pague menos por este. Si su proveedor afirma que usted posee motivos médicos que lo justifican, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se informan cuáles son los pasos a seguir. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de forma pronta y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de gasto compartido para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que utiliza

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al inicio de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Pueden aparecer nuevos medicamentos, inclusive nuevos medicamentos genéricos. Puede suceder que el gobierno apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. En ocasiones, se retira un

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

medicamento y decidimos no cubrirlo. O bien, podemos retirar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.

- **Mover un medicamento a un nivel de gasto compartido más alto.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2	Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando
--------------------	---

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de manera regular para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, indicamos las veces que recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios a su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.
 - Es posible que no le informemos por adelantado antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus servicios de atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o retirado del mercado por otra razón. En este caso, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
 - Su recetador también estará informado acerca de este cambio y podrá trabajar junto a usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios en función de las advertencias en recuadro de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y un resurtido de 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus servicios de atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

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

- Si movemos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si establecemos una restricción en su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos

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

SECCIÓN 7 ¿Qué servicios *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección describe qué tipo de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no pagará estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que están enumerados en esta sección. La única excepción: Si el medicamento solicitado se halla bajo apelación que no está excluido por la Parte D y nosotros debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

Hay tres reglas generales acerca de los medicamentos que los planes Medicare de medicamentos no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que será cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso aceptado para otros propósitos. El “uso aceptado para otros propósitos” es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration).
 - o Generalmente, la cobertura para el “uso no indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del servicio de formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguno de

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso aceptado para otros propósitos”.

Además, según la ley, las categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de síntomas del resfriado o tos
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el incremento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía al plan cuando surta una receta médica

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red de su elección. Al mostrar su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos compartidos de su medicamento recetado cubierto. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

Sección 8.2 Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía con usted
--

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía al surtir su receta, deberá solicitar que se llame al plan desde la farmacia para conseguir la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted tendrá que pagar **el costo total de la receta cuando la recoja**. (Luego puede solicitarnos el reembolso de la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre la forma de solicitar un reembolso al plan).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

Si es ingresado en un hospital o en un centro especializado de enfermería para una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante dicha estadía. Una vez que es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando cumplan todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

Tome en cuenta: Cuando ingresa, vive o deja un centro de enfermería especializada, usted tendrá derecho a un Período de Inscripción Especial. Durante este periodo de tiempo, podrá cambiar de plan o cambiar su cobertura. (Capítulo 10: Finalización de su afiliación al plan, le explica cuando puede dejar nuestro plan y unirse a un plan de salud Medicare diferente.)

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) (como un hogar de ancianos) posee su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta en la farmacia del centro, siempre y cuando esta forme parte de nuestra red

Consulte su Directorio de Farmacias para saber si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no está, o si necesita información adicional, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos, o posee algún tipo de restricción, el plan cubrirá **un suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total durará un máximo de 31 días, o menos si su receta es por menos días. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede facilitar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios). Si ha sido socio de nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

incluido en nuestra Lista de Medicamentos, o si el plan posee algún tipo de restricción para su cobertura, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta es por menos días.

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted lo desea. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se informan cuáles son los pasos a seguir.

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

¿Cuenta actualmente con otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados? En ese caso, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

Por lo general, si actualmente tiene empleo, nuestra cobertura de medicamentos recetados será secundaria respecto a la cobertura de su empleador o cobertura grupal de jubilados. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre ‘cobertura acreditable’:

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

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Conserve estos avisos sobre la cobertura acreditable, porque usted podría necesitarlos en un futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de su cobertura acreditable por parte de su patrono o grupo de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios de su patrono o grupo de jubilados o al patrono o al sindicato.

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

Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra la ansiedad, analgésicos y esos medicamentos no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide la receta o del proveedor del centro de cuidados paliativos antes de que nuestro plan cubra el medicamento. Para evitar retrasos al recibir los medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, usted puede solicitarle al proveedor de su centro de cuidados paliativos o al profesional que expide la receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

En caso de que su centro de cuidados paliativos revoque o lo retire del centro de cuidados paliativos nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir algún retraso en la farmacia cuando el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare culmine, debería traer la documentación a la farmacia para verificar que ha sido dado de alta del centro de cuidados paliativos. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. El Capítulo 6 (Lo que pagará por sus medicamentos recetados de la Parte D) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad
---------------------	---

Realizamos revisiones del uso de medicamentos entre nuestros miembros, a fin de ayudar a cerciorarnos de que reciban cuidados seguros y apropiados. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros a quienes más de un proveedor les receta sus medicamentos.

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

- Posibles errores con los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros ni adecuados por su edad o género
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Sección 10.2	Programa de Terapia de manejo de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos
---------------------	---

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa ayuda a garantizar que nuestros miembros reciban el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos pueden recibir servicios a través del Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Un farmacéutico u otro profesional de la salud puede darle una explicación integral de todos sus medicamentos. Puede hablar acerca de la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y los medicamentos sin receta. Usted obtendrá un resumen escrito de esa discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda la mejor manera de tomarlos, con espacios para sus notas y para escribir cualquier pregunta. Usted también recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por qué los toma.

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

Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información al respecto. Si usted decide no participar, debe notificarnos para que lo retiremos del programa. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	160
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos.	160
Sección 1.2	Tipos de costos fuera del bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos	161
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento.....	161
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Banner Plus?	161
SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra.....	162
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D").....	162
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.....	163
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca (nivel 3) y especializados (nivel 5).....	164
Sección 4.1	Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$150 por sus medicamentos.....	164
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	165
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta	165
Sección 5.2	Cuadro que muestra sus costos por el suministro de un mes de un medicamento.....	166
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes... ..	167
Sección 5.4	Cuadro que muestra sus costos por el suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento.....	168
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales ascienden a \$4,130.....	169

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Transición de Cobertura, el plan provee algún tipo de cobertura de medicamentos.....	170
Sección 6.1	Permanece en la Etapa de Transición de Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen \$6,550	170
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo por medicamentos con receta.....	172
SECCIÓN 7	En la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos.	174
Sección 7.1	Cuando usted está en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.....	174
SECCIÓN 8	Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra	174
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener coberturas separadas por las vacunas de la Parte D en sí mismas y por el costo de aplicarle la vacuna.....	174
Sección 8.2	Tal vez quiera llamarnos al Centro de Atención al Cliente antes de recibir una vacuna.	176



¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?

El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a pagar a personas con recursos limitados por sus medicamentos. Consulte la Sección 7 del Capítulo 2 para obtener información adicional.

¿Está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está participando en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que alguna de la información es esta *Evidencia de Cobertura sobre el costo de los medicamentos con receta de la Parte B* no le aplique.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos
--

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para hacerlo más sencillo, en este capítulo utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D; algunos de ellos están excluidos por ley de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos en la Parte A o Parte B de Medicare.

Para comprender la información sobre los pagos que le brindamos en este capítulo, debe conocer los aspectos básicos de los medicamentos cubiertos, en qué lugares surtir sus recetas y qué reglas seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. A continuación, los materiales que explican estos aspectos básicos:

- :La ***Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*** del plan. Para mantener las cosas simples, la denominamos “Lista de Medicamentos”.
 - Esta Lista de Medicamentos nos indica cuales medicamentos están cubiertos para usted.
 - También define en cuál de los 6 “niveles de gastos compartidos” se encuentra el medicamento y si existen restricciones en su cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.BannerMA.com. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- **(Consulte el Capítulo 5 de este folleto)**. El Capítulo 5 incluye los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir al recibir

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

dichos medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le informa qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.

- El *Directorio de Farmacias* del plan. En la mayoría de los casos, usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el Capítulo 5 para más detalles). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de las farmacias en la red del plan. También le indica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2	Tipos de costos fuera del bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos
--------------------	---

Para entender la información de pagos que le brindamos en este capítulo, usted debe saber los tipos de costos de fuera del bolsillo que usted puede tener que pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina "gasto compartido" y hay tres maneras en las que usted puede pagar.

- El “**Deducible**” es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar.
- “**Copago**” significa que paga un monto fijo cada vez que surta una receta.
- “**Coseguro**” significa que paga un porcentaje del total del costo del medicamento cada vez que surta una receta.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago por medicamentos para los miembros de Banner Plus?
--------------------	--

Como se muestra en el siguiente cuadro, existen “etapas de pago por medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo Banner Plus. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la cual se encuentra cuando adquiere el medicamento recetado o vuelven a recetarlo. Tenga en mente que usted siempre es responsable por la prima mensual del plan sin importar el nivel de pago del medicamento.

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

Nivel 1 <i>Deducible anual</i> <i>Nivel</i>	Nivel 2 <i>Deducible anual</i> <i>Nivel</i>	Nivel 3 <i>Deducible anual</i> <i>Nivel</i>	Nivel 4 <i>Nivel de</i> <i>Cobertura</i> <i>Catastrófica</i>
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca y medicamentos especializados.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$150 por sus medicamentos de marca y nivel de especialidad (\$150 es la cantidad del deducible de su marca y nivel de especialidad).</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Una vez que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado su deducible de medicamentos de marca y nivel de especialidad, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales por medicamentos” acumulados del año (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcancen los \$4,130</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Para los medicamentos genéricos preferidos (nivel 1), usted paga un copago de \$2.00 para un suministro de 1 mes. Para todos los demás medicamentos, usted paga el 25 % del precio (más una parte de la tarifa de suministro). Los medicamentos para tratamientos seleccionados (Nivel 6) tienen un copago de \$0.</p> <p>Permanecerá en esta etapa hasta que sus “costos de desembolso personal” acumulados del año (sus pagos) alcancen los \$6,550.. Este monto y las reglas para contabilizar los costos para alcanzar este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el viernes, 31 de diciembre de 2021).</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 7 de este capítulo).</p>

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra

Sección 3.1 Enviamos un informe mensual que se llama “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus recetas o las reposiciones en la farmacia. De este modo, podemos informarle si ha pasado de una etapa de pago por medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les hacemos seguimiento:

- Llevamos registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo de **“fuera del bolsillo”** o **desembolso personal**.

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

- Llevamos registro de su “**costo total de medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga como desembolso personal o que otros pagan por usted, más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado Explicación de Beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido una o más recetas a través del plan, durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. Incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que el plan ha pagado y lo que otros han pagado por usted.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama su información “acumulada del año”. Allí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamo de medicamentos recetados.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta que pueda estar disponible.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos
--------------------	---

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realizó por ellos, utilizamos los registros que nos facilitan las farmacias. A continuación, le mostramos de qué forma puede ayudarnos a que su información esté actualizada y sea correcta:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surte una receta.** Para asegurarse de que nosotros sepamos qué recetas está surtiendo y la cantidad que paga, muestra su tarjeta de membresía cada vez que surte una receta.
- **Asegúrese de que tenemos la información necesaria.** Hay ocasiones en las que usted paga por algunos medicamentos recetados, y no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso personal. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de desembolso personal, usted puede facilitarnos copias de los recibos de los medicamentos que ha adquirido. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague su parte de costo de ese medicamento. Para obtener las instrucciones de cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 del presente folleto). A continuación, algunos tipos de situaciones en las que es aconsejable que nos facilite copias de los recibos de los medicamentos para asegurarse de que contamos con un registro completo de lo que ha gastado en sus ellos:

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

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por medicamentos que se suministran como parte de un programa de asistencia del fabricante del medicamento al paciente.
- En cualquier momento que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red, o cuando haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- • **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por algunos individuos y organizaciones también se toman en cuenta en el cálculo de sus costos de desembolso personal y ayudan a que usted pueda calificar para recibir la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las beneficencias se toman en cuenta para sus costos de bolsillo. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que nosotros hagamos lo propio con sus costos.
- • **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la Explicación de Beneficios (EOB de la Parte D) por correo, léala con cuidado para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo falta en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca (nivel 3) y de sus medicamentos de especialidad (nivel 5)

Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$150 por sus medicamentos
--------------------	--

La Etapa Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará el deducible anual de \$150 para pagar sus medicamentos de marca y medicamentos de especialidad. **Usted paga el costo total de sus medicamentos y medicamentos de especialidad**, hasta que haya alcanzado el deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.

- Usted pagará el **costo completo** de sus medicamentos hasta que alcance el deducible de \$445 del plan.
- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar.

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

Cuando usted haya pagado \$150 por sus medicamentos de marca y medicamentos especializado, usted abandona la Etapa de Deducible y se traslada a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y del lugar donde surta su receta
--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo de medicamentos con receta cubiertos que le corresponde y usted paga la suya (su monto de copago o coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde adquiera su receta.

El plan posee 6 niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos se encuentra en uno de 6 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- Nivel 1 – Genérico Preferido (Nivel más bajo de costo compartido)
- Nivel 2 – Genérico
- Nivel 3 - Marca preferida
- Nivel 4 - Marca no preferida
- Nivel 5 - Medicamentos especializados (nivel de costo compartido más alto)
- Nivel 6 - Medicamentos para tratamientos seleccionados: (ciertos medicamentos de copago de \$ 0)

Para saber en qué nivel de gasto compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que paga por un medicamento dependerá del lugar donde lo obtenga:

- En una farmacia minorista que se encuentra dentro de la red de nuestro plan
- En una farmacia que no se encuentra en la red del plan
- En la farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias para surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 en el presente folleto, o el *Directorio de Farmacias* del plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.2 Cuadro que muestra sus costos por el suministro de un mes de un medicamento**

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

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

Como se muestra en el cuadro a continuación, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago mencionado en el cuadro, usted pagará el precio menor por ese medicamento. Usted pagará o el precio completo del medicamento o bien la cantidad del copago, el menor de ambos.
- Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre los casos en que cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacia minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos para cuidados de largo plazo (long-term care, LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener los detalles, consulte el Capítulo 3). (suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de Costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$2.00	Copago de \$2.00	Copago de \$2.00
Nivel 2 de Costos compartidos (Medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$12.00	Copago de \$12.00	Copago de \$12.00

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

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacia minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos para cuidados de largo plazo (long-term care, LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener los detalles, consulte el Capítulo 3). (suministro de hasta 31 días)
Nivel 3 de Costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47.00	Copago de \$47.00	Copago de \$47.00
Nivel 4 de Costos compartidos (Medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$100.00	Copago de \$100.00	Copago de \$100.00
Nivel 5 de Costos compartidos (Medicamentos de especialidades)	30% Coseguro	30% Coseguro	30% Coseguro
Nivel 6 de Costos compartidos (Medicamentos para tratamientos seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de menos de un mes de medicamentos. Puede haber momentos en los que le pida a su médico que le recete medicamentos para un suministro de menos de un mes (por ejemplo, cuando está usando medicamentos por primera vez, que es cuando tiene efectos secundarios importantes). Si su médico receta un suministro para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro para un mes completo de determinados medicamentos.

La cantidad que paga en estas circunstancias dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo del medicamento) o un copago (una cantidad fija en dólares).

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

- Si usted es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de medicamentos mensual o solo para algunos días. Sin embargo, ya que el costo entero de los medicamentos es más bajo si usted obtiene un suministro para menos de un mes, usted pagará menos.
- Si es responsable por un copago por el medicamento, su copago se basará en el número de días de medicamentos que reciba. Calcularemos la cantidad que pagará por su medicamento por día (el “costo compartido diario”) multiplicado por el número de medicamentos diarios que recibe.
 - Por ejemplo: Digamos que su copago para un suministro mensual por medicamentos (por 31 días) es de \$30. Quiere decir que la cantidad que paga por día por su medicamento es de \$1. Si usted recibe un suministro de medicamentos por 7 días, entonces su pago será de \$1 multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de \$7.

El gasto compartido diario le permite asegurarse de que el medicamento le funciona bien antes de tener que pagar el suministro completo de un mes. También puede solicitarle a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro para menos de un mes de un medicamento o medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reposición de diferentes medicamentos con receta, para que pueda ir menos veces a la farmacia. La cantidad que pagará dependerá de la cantidad de días de suministro.

Sección 5.4 Cuadro que muestra sus costos por el suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando adquiere su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para obtener detalles sobre el lugar y la forma de obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.)

El siguiente cuadro le muestra lo que debe pagar al obtener un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento.

- Tome en cuenta: Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago mencionado en el cuadro, usted pagará el precio menor por ese medicamento. Usted pagará o el precio completo del medicamento o bien la cantidad del copago, el menor de ambos.

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

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D en:

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacia minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos para pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de Costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$6.00	Copago de \$4.00
Nivel 2 de Costos compartidos (Medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$36.00	Copago de \$24.00
Nivel 3 de Costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$141.00	Copago de \$141.00
Nivel 4 de Costos compartidos (Medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$300.00	Copago de \$300.00
Nivel 5 de Costos compartidos (Medicamentos de especialidades)	N/A	N/A
Nivel 6 de Costos compartidos (Medicamentos para tratamientos seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales ascienden a \$4,130

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados que ha surtido y pedido una reposición alcancen el límite de **\$4,130** para la **Etapa de Cobertura Inicial**.

El total por sus costos de medicamentos se calcula sumando lo que usted ha pagado a lo que el plan de la Parte D haya pagado:

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

- • Lo que usted ha pagado por todos los medicamentos cubiertos que ha comprado desde que realizó su primera compra de medicamentos en el año. (Consulte la Sección 6.2 para mayor información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso personal). Esto incluye:
 - La cantidad total que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible, que es \$150
 - La cantidad total que usted pagó de la parte que le corresponde por los costos de sus medicamentos en la Etapa de Cobertura Inicial.
- Lo que el plan pagó como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si estuviera inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el 2021, la cantidad que ese plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta como parte de sus costos totales por medicamentos).

La Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de la cantidad que usted y el plan, así como cualquier tercera persona, han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de \$4,130. Si alcanza este monto, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Transición de Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Transición de Cobertura, el plan provee algún tipo de cobertura de medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Transición de Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo lleguen a \$6,550
--

Cuando usted se encuentra en la Etapa de Transición de Cobertura, el Programa de Descuentos de Transición de Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% sobre el precio negociado y una porción del pago por expendio por los medicamentos de marca. Ambos, la cantidad que paga y la cantidad descontada por el fabricante cuentan hacia sus costos fuera de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y le hace avanzar en el proceso del período sin cobertura.

Usted también recibe alguna cobertura por medicamentos. Usted paga no más de \$2.00 por un suministro de 1 mes de medicamentos genéricos preferidos (nivel 1) y \$0 por Medicamentos para tratamientos seleccionados (nivel 6), y el plan paga el resto. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta hacia sus costos fuera de su bolsillo. Solo se toma en cuenta la cantidad que usted paga a lo largo de la transición de cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por medicamentos de marca, genéricos preferidos y medicamentos para tratamientos seleccionados y no más del 25% de los costos de

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

los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de gastos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máximo que Medicare ha establecido. En 2021, ese monto es \$6,550.

Medicare establece normas sobre lo que se consideran costos de desembolso personal y lo que no. Cuando alcance un límite de desembolso personal de \$6,550, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

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

A continuación presentamos las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos el seguimiento de sus costos de desembolso personal por los medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos fuera de bolsillo

Al sumar sus costos de bolsillo, puede incluir los pagos mencionados a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5 del presente folleto):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Transición de Cobertura
- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Es importante determinar quién paga:

- Si es usted quien realiza estos pagos, se tomarán en cuenta para sus costos de desembolso personal.
- Estos pagos también se incluyen **si ciertas personas u organizaciones** los realizan por usted. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las beneficencias, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, o por Indian Health Service. También se incluyen los pagos realizados a través del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuentos de Transición de Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) haya consumido un total de \$6,550 de gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de brecha en cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de fuera de bolsillo

Al sumar sus costos de desembolso personal, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos para medicamentos recetados:

- La cantidad que usted paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluso los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de cobertura por Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos genéricos durante la Transición de Cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud de empleadores.
- Pagos por medicamentos realizados por ciertos planes de seguros de salud y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por terceros bajo obligación legal de pagar por los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, una compensación laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas paga una parte o todo el costo de desembolso personal de sus medicamentos, es obligatorio que lo informe a nuestro plan. Llame al Centro de Atención al Cliente para brindarnos esta información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede hacer el seguimiento del total de los costos de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos a hacerlo.** El informe Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus costos de desembolso (en la Sección 3 de este capítulo se describe este informe). Cuando alcance un total de \$6,550 en gastos de bolsillo para el año, este informe le indicará que ha finalizado la Etapa de Transición de Cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tenemos la información necesaria.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 En la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Cuando usted está en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año
--------------------	--

Califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando ha alcanzado el límite total de \$6,550 en gastos de bolsillo en el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuera mayor :
 - – ya sea – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - -o- \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado genérico y \$9.20 por los otros medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

SECCIÓN 8 Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener coberturas separadas por las vacunas de la Parte D en sí mismas y por el costo de aplicarle la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan provee cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de administrarle la vacuna.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **administrarle la vacuna**. (Esto en ocasiones se denomina la “administración” de la vacuna).

Lo que usted paga por sus vacunas de la Parte D

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

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

- 1. El tipo de vacuna** (la enfermedad contra la que se inmuniza). (la enfermedad contra la que se inmuniza).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios* (qué está cubierto y qué debe pagar).
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas detalladas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
- 3. ¿Quién administra la vacuna?**

Lo que paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando a usted se le debe administrar una vacuna, tendrá que pagar todo el costo de la vacuna en sí y de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan un reembolso por la parte que nos corresponde del costo.
- Otras veces, cuando obtiene la vacuna o su aplicación, pagará solamente su parte del costo.

Para ver cómo funciona esto en la práctica, le presentamos tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que para ciertas vacunas es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su aplicación) durante la Etapa de Deducible de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se aplica la vacuna en la farmacia de la red. (Esto será una opción según su lugar de residencia. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Deberá pagarle a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna y el costo de su aplicación.
- Nuestro plan paga el resto del costo.

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

- Al recibir la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 del presente folleto (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).
- A usted se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coaseguro o copago normal por la vacuna (incluyendo la aplicación)

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

- Deberá pagarle a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará todo el costo de este servicio. Luego puede solicitar que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 del presente folleto.
- Se le reembolsará la cantidad que el médico le cobró por administrar la vacuna.

Sección 8.2	Tal vez quiera llamarnos al Centro de Atención al Cliente antes de recibir una vacuna
--------------------	--

Las reglas de cobertura para las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que primero nos llame al Centro de Atención al Cliente siempre que esté pensando en recibir una vacuna. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo para mantener sus costos bajos si usa proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar proveedores y farmacias de nuestra red, podemos decirle lo que debe hacer para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. **Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	179
Sección 1.1	Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	179
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido	181
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	181
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	182
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos	182
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	182
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	183
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los costos de bolsillo de sus medicamentos.	183

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.

SECCIÓN 1 Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 1.1	Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--------------------	--

A veces, cuando recibe atención médica, posiblemente deba pagar el costo total de inmediato. Otras veces, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto a menudo se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, se muestran ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura recibida.

1. Cuando recibe atención médica de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.

Cuando recibió atención de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Debe pedirle al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

- Si paga la cantidad total usted mismo en el momento en que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- A veces, puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos a este directamente.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Tome en cuenta: Mientras que usted puede obtener servicios de parte de un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá calificar para participar con Medicare. Excepto para atención de emergencia, no podemos pagar por un proveedor que no califica para participar con Medicare.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.

Si visita a un proveedor que no califica con Medicare, usted será responsable por el costo completo de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios que cubre nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, llamados “facturación de saldo”. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que la cantidad de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación del saldo”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeuda según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan e hizo un desembolso por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que manejemos el reembolso.

Comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solo en situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.

para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva su tarjeta de miembro del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, posiblemente deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en el Lista de medicamentos cubiertos (formulario); o podría tener un requisito o restricción que desconocía o que no cree que se aplica a 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 solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. En algunas situaciones, posiblemente necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Banner Plus
Attn: Customer Care Center
2701 E. Elvira Road

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.

Tucson, AZ 85756

Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 365 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y decidiremos sí o no

Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos
--------------------	--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtenerlos, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamentos no están cubiertos, o no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo para estos conceptos. En cambio, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no enviamos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, 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 más detalles sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.

un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si va a presentar una apelación por primera vez, le resultará útil comenzar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y brinda definiciones de términos como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 5, puede ir a la sección del Capítulo 9 que le indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear sus desembolsos por medicamentos
--------------------	--

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita el pago. En vez, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus desembolsos. Esto puede ayudarle a calificar para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación, se muestran dos ejemplos de situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos realizado por sus medicamentos:

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

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

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O puede tener una tarjeta de descuento que está fuera de nuestro beneficio y que ofrece un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- • Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para calificar para la etapa de cobertura catastrófica.

Tome en cuenta: Si se encuentra en la etapa de deducible y en la etapa de período sin cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus desembolsos y puede ayudarle a calificar para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa de este tipo, puede hacer un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para calificar para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Tome en cuenta:** Debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus desembolsos y puede ayudarle a calificar para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que no solicita el pago en los casos descritos anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	187
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que le vaya bien a usted (en idiomas que no sean el inglés, en Braille, en letras grandes, o en otros formatos alternos, etc)	187
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.	188
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	188
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.	189
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.	191
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.	193
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?.....	193
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	194
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	194
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	194

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

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de miembros discapacitados o que no hablan inglés. También podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante nuestro Centro de atención al cliente al (844) 549-1859. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura, o puede comunicarse con nuestro Centro de atención al cliente para obtener información adicional.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que le vaya bien a usted (en idiomas que no sean el inglés, en braille, en letras grandes, o en otros formatos alternos, etc.)
--------------------	--

Para recibir información nuestra de una manera que le vaya bien a usted, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación de idiomas gratuitos para contestar preguntas de miembros con discapacidades y miembros que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letras grandes, o en otros formatos alternos sin costo si lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para recibir información nuestra de una manera que le vaya bien a usted, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan en un formato que es accesible y apropiado para usted, llame para presentar un agravio con nuestro Centro de Atención al Cliente

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

al (844) 549-1859. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o con este paquete, o puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame al Centro de Atención al Cliente para brindarnos esta información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto le indica lo que puede hacer. (Si hemos denegado la cobertura de su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le indica lo que puede hacer).

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal. Nosotros protegemos su información personal de acuerdo con estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le damos un aviso por escrito, llamado “Aviso de prácticas de privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica personal?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le brinda atención o no paga por ella, primero debemos obtener su permiso por escrito. El permiso por escrito puede otorgarlo usted o alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

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

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Banner Plus, tiene derecho a que le enviemos varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información de la manera que más le convenga. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluida la forma en que se ha calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le proporcionemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias.
 - Para obtener la información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.BannerMA.com).

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué reglas debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con el *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión al presentar una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le brinda los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- ○ Si desea pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento de prescripción de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	--

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando vaya a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera en que pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor le niega la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si quiere, usted puede:

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Llenar un formulario escrito **para dar alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**directivas avanzadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder notarial para el cuidado de la salud**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una “directiva anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, su abogado puede proporcionarle una, también un trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. También puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Rellénelo y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas pertinentes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico ya la persona que nombre en el formulario como la que tomará las decisiones en su nombre si usted no puede. Es posible que también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de tener una copia en casa.

Si sabe con anticipación que le van a hospitalizar y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene usted.
- Si no lo ha firmado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones, puede presentar un reclamo ante la Junta Médica de Arizona al (877) 255-2212.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo) **estamos obligados a tratarle de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que le tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	---

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

Si cree que se le trató injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que se le trató injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene:

- Puede llamar Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

- Puede llamar **Centro de atención al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puedes comunicarse con Medicare.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?
--------------------	---

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar. Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice este folleto de Evidencia de cobertura para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que esta y no cubierto, las reglas a seguir y lo que paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame a nuestro Centro de atención al cliente para avisarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Se llama “**coordinación de beneficios**”

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).

- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que adeude.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento. Este será el copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si recibe servicios cuyo costo excede los límites máximos de nuestro plan, usted es responsable de los montos que superen el límite. Por ejemplo, si tiene un límite de cobertura de \$1,000 para exámenes de audición y audífonos, y su examen de audición y sus audífonos cuestan \$1,500, solo pagaremos \$1,000 y usted es responsable día cantidad restante.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no cubra nuestro plan u otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a que sus ingresos son más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a nuestro Centro de atención al cliente: (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda *fuera* de del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se muda fuera de nuestra área de servicio.
 - **Si se muda dentro nuestra área de servicio, todavía necesitamos saber** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Usted puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para el Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.
- **Llame a nuestro Centro de atención al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios de llamada de nuestro Centro de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).

SECCIÓN 1	Introducción.....	199
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	199
Sección 1.2	¿Qué pasa con los términos legales?	199
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.....	200
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	200
SECCIÓN 3	Para resolver su problema, ¿qué proceso debería utilizar?.....	201
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería utilizar el proceso para presentar quejas?	201
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	201
Sección 4.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general	201
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	203
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?	204
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	204
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención.....	204
Sección 5.2	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)	206
Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	210
Sección 5.4	Paso a paso: cómo se realiza una apelación de nivel 2	213
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?	216

SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	217
Sección 6.1	Esta Sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.....	217
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	219
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones	222
Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, o presentar una apelacion.....	222
Sección 6.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	226
Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 alternativa.....	229
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto	231
Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos.	232
Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital	233
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	236
Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?	238
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	241
Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo de tres servicios:</i> Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).....	241
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura	241
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	242
Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	245
Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?	246

SECCIÓN 9	Llevar su apelación al nivel 3 y más allá	249
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	249
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	251
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	252
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se manejan mediante el proceso de reclamos?	252
Sección 10.2	El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo" ..	254
Sección 10.3	Paso a paso: Presentar un reclamo	255
Sección 10.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad.	257
Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su reclamo.	257

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud
--

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

1. Para algunos tipos de problemas, debe utilizar **el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
2. Para otros tipos de problemas, debe utilizar **el proceso de presentación de reclamos**.

Estos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar la equidad y el manejo oportuno de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no les son familiares a la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “hacer un reclamo” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “Organización de revisión independiente” en su lugar de “Entidad de revisión independiente”. También utiliza las abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando esté lidiando con su problema y a obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--------------------	---

A veces puede resultar confuso comenzar o seguir el proceso para abordar un problema. Puede sentirse aún más si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Estamos siempre aquí para ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. Siempre puedes comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas para obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 Para resolver su problema, ¿qué proceso debería utilizar?

Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería utilizar el proceso para presentar quejas?
--------------------	--

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

¿Tiene un problema o inquietud sobre sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Salte a Sección 10 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.”**

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA

Sección 4 Una guía de los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general
--------------------	---

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura para usted siempre que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos nosotros. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted siempre que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan.

- (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2).

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
 - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.

Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de 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 la web www.BannerMA.com.) El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--------------------	--

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

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]*).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 5

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



¿Ya leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no es así, podría leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención.
--------------------	--

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

repetir “atención, tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no autorizó la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió y pagó atención o servicios médicos y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

- **NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:**
 - Sección 7 de este capítulo: *“Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”*.
 - Sección 8 de este capítulo: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto*. Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).
- Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 6) como su guía sobre lo que debe hacer.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2.
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Salte a Sección 5,3 al final de este capítulo:
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Salte a Sección 5,5 al final de este capítulo:

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “determinación de la organización” .
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “determinación de la organización” .

Paso 1: Pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, responderemos en un **plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante, en el caso de una solicitud para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
 - **No obstante, en caso de una solicitud para un artículo o servicio médico, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

los rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida en caso de una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

- Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o en un plazo de 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** de recibida su solicitud.
 - En el caso de una solicitud para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
 - Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales (o si hay un período extendido, al final de ese período), o en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene el derecho de apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.

- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales

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

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede pedir una apelación llamándonos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
 - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.BannerMA.com.) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica).**
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para 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 automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre su solicitud para un artículo o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 7 horas** después de recibida su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite pertinente anterior (o al final del período extendido si tomamos días adicionales en su solicitud para un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario de recibida la apelación, o en un plazo de **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2
--------------------	--

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la Organización de revisión independiente revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (del inglés “Independent Review Entity”).

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

- La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para 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 tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para 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 tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos:
 - autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o
 - proporcionar el servicio en un plazo de **14 días naturales** después de recibir la decisión de la organización de Revisión independiente para solicitudes estándar
 - proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos:
 - Autorizar o proporcionar el medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare en disputa en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para solicitudes estándar o
 - proporcionar el servicio **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer la cantidad en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?
--------------------	--

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que reciba de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita para el pago. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

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

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”



¿Ya leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no es así, podría leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento de prescripción cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “ determinación de cobertura ”.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como estas:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
 - Solicitar pagar una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra autorización antes de que podamos cubrirlo en su caso).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Tome en cuenta: Si su farmacia le informa que su prescripción no puede surtirse como está escrita, le dará un aviso por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Nos puede solicitar que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Salte a Sección 6,2 al final de este capítulo:
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?	Nos puede solicitar una decisión de cobertura. Salte a Sección 6,4 al final de este capítulo:
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?	Nos puede solicitar un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Salte a Sección 6,4 al final de este capítulo:
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Salte a Sección 6,5 al final de este capítulo:

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona quien emite la prescripción pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “ excepción al Formulario ”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no esté en la lista, deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, “ excepción al Formulario ”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
 - *Que se obtenga la autorización del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- *Que se exija probar primero otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
- *Límites de cantidad.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicarle una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Cada medicamento en la Lista de medicamentos se encuentra en uno de 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo.

Términos legales
A veces, solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se denomina “Excepción de niveles”.

- Si nuestra lista contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es genérico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de participación en los costos de ningún medicamento del nivel 5, Medicamentos de especialidad.

Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones
--------------------	---

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, generalmente no aprobaríamos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 de este capítulo explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
--------------------	--

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*.

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 5.2 de este capítulo le indica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta, se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
 - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. En la Sección 6.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel de apelación 2.
- **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 recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. En la Sección 6.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel de apelación 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. En la Sección 6.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel de apelación 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es afirmativa para todo o parte de lo que solicitó, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud de cobertura, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama “redeterminación”.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada:
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D).**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
 - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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 recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación "rápida".
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel de apelación 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es afirmativa para todo o parte de lo que solicitó, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique de la razón de esta negativa.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y hacer otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos
--------------------	---

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se las ingresa en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Consulte atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria
 - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación rápida).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. La Sección 5.2 de este capítulo le indica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso firmado para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para ver una copia de este aviso ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debes actuar con rapidez. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un 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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la fecha prevista del alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
 - Si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4 de este capítulo.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Términos legales

Una “**revisión rápida**” también se denomina “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales

La explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener una muestra de este aviso si llama a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar a 1-877-486-2048. O puede ver un aviso de muestra por Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la organización para la mejora de la calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

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. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Se comunica con la organización para la mejora de la calidad nuevamente y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- 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: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de la solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión en relación a su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando 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 para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y no después de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la revisión "rápida" (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: No se olvide de pedir una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- No se olvide de pedir una “revisión rápida”. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada, y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso alternativo de apelación del Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con ella.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.

Sección 8.1	Esta sección trata solo sobre tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)
--------------------	--

Esta sección hace referencia a los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura
--------------------	--

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
- También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica 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. (La Sección 9.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación rápida).

El aviso escrito se denomina “**Aviso de no cobertura de Medicare**”.

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. La Sección 5.2 de este capítulo le indica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.
- Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5 de este capítulo.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso por escrito se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Se comunica con la organización para la mejora de la calidad nuevamente y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- 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: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de la solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión en relación a su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la revisión "rápida" (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: No se olvide de pedir una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- No se olvide de pedir una “revisión rápida”. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso a paso: Proceso alternativo de apelación del Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con ella.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al nivel 3 y más allá

Sección 9.1	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 sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado 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 la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si 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 gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado 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. Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.

 Si su problema es sobre decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección no es para usted. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Sección 4 de este capítulo:

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se manejan mediante el proceso de reclamos?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
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"> • ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Centro de Atención al Cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
<p>Tiempos de espera</p>	<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 médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por 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 al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
<p>Limpieza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
<p>Información que obtiene de nosotros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p>Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales
<ul style="list-style-type: none"> • En esta sección, una “queja” también se denomina “reclamo”. • Otro término para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. • Otra forma de decir “usar el proceso para quejas” es “usar el proceso para interponer un reclamo”.

Sección 10.3	Paso a paso: Presentar un reclamo
---------------------	--

Paso 1: Paso 1: Comuníquese de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a nuestro Centro de atención al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, nuestro este se lo informará. Puedes llamar (844) 549-1859, Puede llamar (844) 549-1859, las horas son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar 711.
- **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.
- Usted tiene el derecho de presentar una queja si tiene un problema u otra inquietud aparte de una que involucre una determinación en su contra acerca de un pago o autorización de servicios o suministros (aparte de una determinación de cobertura, determinación de la organización o una determinación de Subsidio de bajos ingresos o Multa por inscripción tardía). Si tiene preguntas sobre este proceso o desea presentar una queja, por favor, llámenos. Puede presentar su queja en persona, por teléfono o por escrito. Nuestra información de contacto es:

Banner Plus
Attn: Grievance & Appeals
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Customer Care Center (844) 549-1859 Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
(866) 465-8340 (Fax)

BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com

Nuestras horas de operación son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Banner Plus se esfuerza por responder rápidamente a todos los reclamos. Si nos llama y no podemos resolver su reclamo por teléfono, le responderemos en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que presente el reclamo. El tiempo máximo que puede tardar Banner Plus en responder un reclamo es de 30 días.

Si Banner Plus necesita más información o la demora lo beneficia, podemos tomarnos hasta 14 días más para responder. Le notificaremos de la necesidad de una extensión de 14 días, y le explicaremos la razón por la extensión y cómo es beneficioso para usted, y las instrucciones sobre cómo presentar una queja "rápida" o acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar la extensión.

Si presenta un reclamo por escrito, tiene una queja relacionada con la calidad de la atención o solicita una respuesta por escrito, Banner Plus le responderá por escrito.

Usted tiene dos opciones para presentar una queja relacionada a la calidad de atención. Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención con Banner Plus y/o directamente con la organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés). En Arizona, la QIO es Livanta y su información de contacto es:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Livanta BFCC-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

1-877-588-1123
TTY: 1-855-887-6668
Fax: 1-833-868-4063

Si le pidió a Banner Plus que le dé una respuesta “rápida” o acelerada para una decisión de cobertura o apelación y le hemos dicho que no, puede presentar un reclamo “rápido” o acelerado. Si no está de acuerdo con la decisión de Banner Plus de extender el plazo para tomar una determinación de cobertura, debemos tratar este desacuerdo como un reclamo “rápido” o acelerado. Banner Plus le brindará una respuesta para reclamos “rápidos” o acelerados en un plazo de 24 horas.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con nuestro Centro de atención al cliente de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”.** Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales
En esta sección, una “ queja rápida ” también se denomina “ reclamo acelerado ”.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se 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) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad.** Puede presentar su reclamo ante la organización para la mejora de la calidad. Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin presentarlo* a nosotros).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo. Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Usted puede presentar una queja sobre Banner Plus directamente con Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <https://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.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no está abordando su problema, llame 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*

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	260
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan.	260
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	260
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual.....	260
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage	261
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial	262
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	263
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	264
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan...	264
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.	265
Sección 4.1	Hasta que cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan..	265
SECCIÓN 5	Banner Plus debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	266
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	266
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	267
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.	267

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Cancelar su membresía en Banner – University Care Advantage puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de inscripción anual (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *o*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, tiene tiempo

hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - En general, cuando se muda
 - Si tiene AHCCCS (Medicaid)
 - Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare
 - Si rompemos nuestro contrato con usted
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *o*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? Si se pasa a Original

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede llamar Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021).
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
 - También puede descargar una copia de la página de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- También puede solicitar una copia llamando al 1-'800'-MEDICARE (**1-800-633-4227**), **durante las 24 horas, los 7 días de la semana**. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan
--------------------	---

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan. (Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha elegido un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- -- o bien -- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura empezará el primer día del siguiente mes. Su inscripción en Banner Plus se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <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 empezará el primer día del siguiente mes. Su inscripción en Banner Plus se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática. ○ Si se da de baja de un plan de medicamentos de receta de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos de receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). • También puede solicitar una copia llamando al 1-'800'-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Banner Plus se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si abandona Banner Plus, puede pasar un tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su estadía en el hospital generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Banner Plus debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Banner Plus debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **nuestro Centro de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Banner Plus no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que se le solicita que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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 de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	270
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	270
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	270

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de Cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si usted 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 Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Banner – University Care Advantage, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido cada otoño en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente más que la cantidad de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Banner Plus, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” ni le cobren más de la cantidad de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficio: es la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

calificadas en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y AHCCCS (Medicaid) (Centers for Medicare & AHCCCS (Medicaid) Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de pagar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Monto máximo combinado de desembolsos: este es la cantidad máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2. para obtener información sobre la cantidad máxima combinada que desembolsa.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un monto que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento de prescripción. Un copago es una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento de prescripción.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique una “tarifa diaria de participación en los costos” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento de prescripción para usted está cubierto por el plan y la cantidad, si corresponde, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su prescripción a una farmacia y esta le informa que la prescripción

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 de este folleto explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta significa que la cobertura cumple con los estándares mínimos debido a 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 son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Atención de custodia: es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro establecimiento en el que no se requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es el cuidado personal que pueden brindar personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales, como ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Centro de Atención al Cliente – Un departamento dentro de nuestro plan que tiene la responsabilidad de contestar sus preguntas acerca de su membresía, sus beneficios, sus agravios, y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con nuestro Centro de atención al cliente.

Tarifa diaria de costo compartido: puede aplicar una “tarifa diaria de costo compartido” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. He aquí un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por el suministro de cada día cuando surte su receta. Por ejemplo:

Deducible : la cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. Cancelar su membresía puede ser algo voluntario (cuando lo decide usted) o involuntario (cuando no es usted quien lo decide).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de dispensación cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que califica para cobertura de Medicare y AHCCCS (Medicaid).

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

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

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

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.

Medicamento genérico: un medicamento de prescripción que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona igual que uno de marca y normalmente cuesta menos.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no se relaciona con las disputas sobre cobertura o pagos.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio brindará un tratamiento especial para su estado.

Estadía como paciente hospitalizado: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de una cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es una cantidad adicional que se añade 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.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, incluidos los montos que pagó y lo que su plan pagó en su nombre durante el año, alcancen los \$4,130.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 y termina 3 meses después del mes en que cumple 65.

Monto máximo de desembolso dentro de la red: lo máximo que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance su monto combinado de desembolso, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

atención de un proveedor fuera de la red (no preferido). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2. para obtener información sobre la cantidad máxima combinada que desembolsa.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. Los centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF); centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de cuidados intermedios para personas con retraso mental (ICF/MR); y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan institucional para necesidades especiales para atender a los residentes de Medicare de las instalaciones de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) las instalaciones de LTC específicas.

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (SNP, por sus siglas en inglés): un plan institucional de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel institucional de atención basado en la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): Consulte “Extra Help”.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre la forma de solicitar un reembolso al plan).

(Una “indicación medicamento aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada).

Medicamento necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare puede obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: una época determinad cada año en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

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 de Medicare Advantage, puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para unirse a cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare: es un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de patente amparados de la Parte D a los inscritos en la Parte D que han alcanzado la Etapa de Falta de Cobertura y que todavía no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de patente están descontados.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, programas piloto /de demostración y programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los “vacíos” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plano “Miembro del plan”): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Nosotros los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tenga con ellos o si están de acuerdo en brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden denominarse “proveedores del plan”.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden comprarse por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder obtenerlos.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 de este folleto explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o instalación fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad ni son operados por nuestro plan o que no tienen contrato para brindarle servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Costos fuera del bolsillo: consulte la definición de “costos compartidos” mencionada anteriormente. El requisito del costo compartido de un miembro para pagar una porción de servicios o medicamentos recibidos se conoce también como requisitos del “costo compartido” del miembro.

Parte C: consulte el “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para facilitar la referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D.)

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga esta cantidad más alta siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), estará sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez se quedó sin cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los reciba de proveedores de la

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

red o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de desembolso por los servicios que se reciban de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de desembolso combinados totales para servicios tanto de la red (preferidos) como de los proveedores de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Atención primaria Proveedor (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y Ortesis: estos son dispositivos médicos que solicita su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica que paga el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse la QIO de su estado. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse la QIO de su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Área de servicio ; Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o una enfermera titulada.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y AHCCCS (Medicaid)

Terapia escalonada: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Banner Plus Customer Care Center

Método	Centro de Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas de operación son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 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 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas de operación son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Banner Plus Attn: Customer Care 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Arizona Department of Economic Security Aging & Adult Administration, Arizona's State Health Insurance Assistance Program (Arizona SHIP)

Arizona SHIP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	Teléfono local (602) 542-4446 Línea gratuita en todo el estado (800) 432-4040 (deje recado)
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Arizona SHIP 1789 W. Jefferson St. Site Code 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). *El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*