

 **Banner**
Medicare Advantage

2021

Evidencia de Cobertura

Pima



Banner Medicare Advantage Plus PPO

1 de enero - 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos de prescripción como miembro de Banner Medicare Advantage Plus PPO

Este folleto le brinda detalles sobre su cobertura de Medicare y medicamentos de prescripción 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 de prescripción 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 esta *Evidencia de cobertura* dice “Nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Banner Health Insurance Group. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Banner Plus.)

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Banner Plus, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o revise esta Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Este documento está disponible gratis en español.

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).

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. 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_EOC002CY21_C File & Use 9/25/2020

Evidencia de cobertura:**Índice**

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

Capítulo 1: Empezando como miembro 4

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 22

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Banner Plus PPO) y con otras organizaciones, incluido Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (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 sus medicamentos de prescripción y la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan *para* sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 37

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

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted) 59

Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están y *no* cubierto para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D 119

Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Explica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan y saber qué medicamentos están cubiertos. Dice qué tipos de medicamentos *no* están cubierto. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica

Índice

dónde surtir sus prescripciones. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D 141

Informa sobre las 4 etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha de cobertura, Etapa de cobertura catastrófica*) y cómo éstas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los 6 niveles de costos compartidos para sus medicamentos de la Parte D y le indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costos compartidos.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 175

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 183

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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)..... 195

Le informa paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

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

Capítulo 10: Terminar su membresía en el plan 237

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

Capítulo 11. Avisos legales 247

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

Índice

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 249

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Empezando como miembro

Capítulo 1: Empezando como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
Sección 1.1	Está inscrito en Banner Plus, que es una 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 lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	Aquí está el área de servicio del plan para Banner Plus.....	9
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o presencia legal	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos de prescripción 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 de farmacias en 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 realizados por sus medicamentos de prescripción de la Parte D.....	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Banner Plus.....	12
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima de su plan?.....	12
Sección 4.2	Hay varias formas de pagar la prima de su plan.....	14
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	15
SECCIÓN 5	¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	16
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	16
Sección 5.2	¿de cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	16
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.....	17
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa 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 un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos?.....	19
Sección 6.2	¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?	19
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?	19
Sección 6.4	¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional de la Parte D?.....	19
SECCIÓN 7	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	20
Sección 7.1	Cómo ayudar a asegurarnos de que tengamos información precisa sobre usted.....	20
SECCIÓN 8	Protegemos la privacidad de su información médica personal	21
Sección 8.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	21
SECCIÓN 9	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	21
Sección 9.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en Banner Plus, que es una PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos de prescripción a través de nuestro plan, Banner Plus.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Banner Plus es un plan Medicare Advantage PPO (PPO significa Organización de proveedores preferidos), aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura de este plan se aprecia como cobertura de salud que califica (QHC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

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

Este folleto *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener la atención médica y los medicamentos de prescripción de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga como miembro del plan.

La palabra “cobertura” y “servicios cubiertos” se refiere a la atención y los servicios médicos y los medicamentos de prescripción disponibles para usted como miembro de Banner Plus.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le invitamos a que dedique algo de tiempo para revisar este folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Banner Plus cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A veces, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Banner Plus entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año natural, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Banner Plus después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por 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 cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Banner Plus cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

Es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B)
- - y - Vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- - y - es ciudadano de Estados Unidos o se encuentra legalmente en Estados Unidos

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

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios que brindan los hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos (DME) y suministros).

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan para Banner Plus

Aunque Medicare es un programa federal, Banner Plus está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye a estos condados en Arizona: Pima

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

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

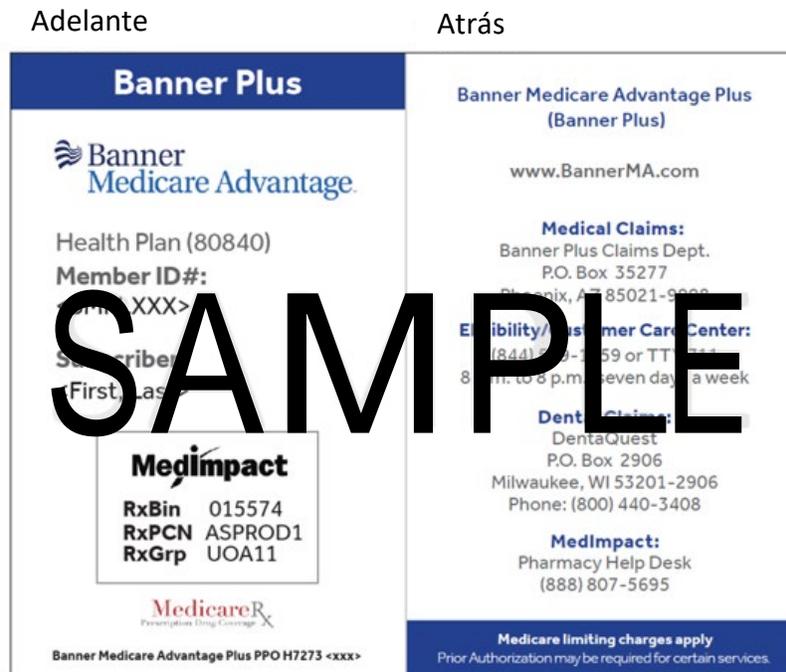
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Banner Plus si no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Banner Plus debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos de prescripción cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que obtenga cualquier servicio que cubra este plan y para los medicamentos de prescripción que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta AHCCCS (Medicaid), si corresponde. Aquí hay una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Banner Plus, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

He aquí por qué esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Banner Plus mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total usted mismo.

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

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

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores brinden servicios

cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.BannerMA.com.

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

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una en nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede solicitar a nuestro Centro de atención al cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores* en «Plan_Website», o descárguelo de este sitio web. Tanto nuestro Centro de atención al cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3	El Directorio de farmacias: Su guía de farmacias en nuestra red
--------------------	--

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

¿Por qué necesita conocer las farmacias de la red?

Puedes usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.BannerMA.com. También puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene su copia del *Directorio de farmacias*, puede obtener una en nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente 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)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos de prescripción de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Banner Plus. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Banner Plus.

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.BannerMA.com) o llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 La explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos de prescripción de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos de prescripción de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de prescripción de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

los *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, han gastado en sus medicamentos de prescripción de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de ellos de la Parte D durante el mes. Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D*) da más información sobre el *explicación de beneficios* y cómo puede ayudarle a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible a pedido. Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Banner Plus

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual. Para 2021, la prima mensual de Banner Plus es de \$40.00. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que AHCCCS (Medicaid) u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).

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

El programa de “Extra Help” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El Capítulo 2, Sección 7 brinda más información sobre este programa. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y obtiene ayuda de este programa, la **información sobre primas en esta Evidencia de cobertura puede que no sea pertinente para usted.**

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

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

- Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, entonces paga una prima adicional cada mes por estos. Si tiene alguna pregunta sobre las primas de su plan, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Ofrecemos cobertura dental integral como beneficio complementario opcional. Para más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 (*Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede comprar*). La prima de esta cobertura opcional es de \$20.20 por mes.
- En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Algunos miembros deben pagar una multa por **inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más cuando no tenían una cobertura de medicamentos de prescripción “acreditable”. (Una cobertura “acreditable” significa que la cobertura es por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de prescripción estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de esta multa depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos de prescripción. El Capítulo 1, Sección 5, explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan (quienes no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierta cantidad, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. El Capítulo 1, Sección 6 explica el IRMAA con más detalle.

- **Si debe pagar la cantidad adicional y no la paga, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos de prescripción.**
- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será esa cantidad adicional.

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

Su copia de *Medicare y usted 2021* brinda información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare 2021”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en el otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare lo reciben un mes después de registrarse por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Sección 4.2 Hay varias formas de pagar la prima de su plan

Hay tres formas en las que puede pagar su prima. Nuestro Centro de atención al cliente puede ayudarle con sus opciones de pago de primas. (Los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Le enviaremos un estado de cuenta para el pago de la prima cada mes. El estado de cuenta mostrará el monto que debe y dónde debe enviar su pago. También puede registrarse en línea y realizar pagos de forma electrónica.

Si decide cambiar la forma en que paga su prima, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima se pague 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: Puedes pagar con cheque

Le enviaremos los estados de cuenta de sus pagos todos los meses. Su pago debe recibirse antes del día 15 del mes. Puede pagar su prima con cheque o 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 que su cuenta se acredite correctamente.

El pago debe hacerse a nombre de Banner Plus y enviarse por correo a:

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

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

Opción 2: Pague en línea

Nuestro portal de pago en línea para miembros de Banner Plus es una opción segura, sin gastos de envío y que ahorra tiempo para pagar su prima. Una vez que se haya registrado como miembro, puede ir a www.BannerMA.com y registrarse. Puede configurar pagos mensuales recurrentes automáticos o realizar un pago único.

Opción 3: Puede retirar la prima de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que le descuenten la prima de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a configurarlo. (Los números de teléfono de nuestro Centro de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima

La prima de su plan debe recibirse antes del día 15 de cada mes. Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente para ver si podemos dirigirle a programas que le ayudarán con la prima de su plan. (Los números de teléfono de nuestro Centro de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos) y tiene un saldo pendiente de su prima, deberá pagar la cantidad que adeude antes de poder inscribirse.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si tuvo un período continuo de 63 días seguidos o más en el que no tuvo una cobertura de medicamentos de prescripción “acreditable”). Esto podría suceder si se vuelve elegible para el programa de “Extra Help” o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y reúne los requisitos para recibir “Extra Help” durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde “Extra Help”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez ha pasado 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos de prescripción.

Puede obtener más información sobre el programa de “Extra Help” en el Capítulo 2, Sección 7.

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

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

Nota: Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos de prescripción, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos de prescripción acreditable. La “cobertura acreditable de medicamentos de prescripción” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de prescripción de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos de prescripción. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Banner Plus, le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿De cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Funciona así:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para hacerlo. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura de medicamentos de prescripción acreditable, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2021, este monto de prima promedio es de \$33.06.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$33.06, lo que equivale a \$4.63. Esto se redondea a \$4.65. Esta cantidad se sumaría a la **prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (determinada por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

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

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

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos de prescripción que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de prescripción estándar de Medicare. Medicare llama a esto “**cobertura de medicamentos acreditable**”. Tenga en cuenta:

- La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o se puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - Tenga en cuenta que: si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finaliza su cobertura de salud, posiblemente no signifique que su cobertura de medicamentos de prescripción era acreditable. El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos de prescripción “acreditable” que esperaba pagar tanto como paga el plan de medicamentos de prescripción estándar de Medicare.
- Las siguientes *no* son coberturas acreditables para medicamentos de prescripción: tarjetas de descuento para medicamentos de prescripción, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su Manual *Medicare y usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella durante menos de 63 días seguidos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Generalmente, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a nuestro Centro de atención al cliente para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre esta.

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

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

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

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será esa cantidad adicional y cómo pagarla. El cargo adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan.**

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) según lo informe en su declaración de impuestos del IRS es superior a una cierta cantidad, pagará una cantidad adicional además de la prima mensual de su plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según 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 multa por inscripción tardía de la Parte D?

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

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

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige que pague la cantidad adicional y no la paga, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos de prescripción.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 7.1 Cómo ayudar a asegurarnos de que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan específico, incluido su proveedor de atención primaria/grupo médico.

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

Háganos saber sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación laboral o AHCCCS (Medicaid))
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un asilo de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su parte responsable designada (como un cuidador)
- Si se participa en un estudio de investigación clínica

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Medicare requiere que recopilemos su información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre

cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Favor de leer esta información detenidamente. Si está correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura no listada, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 8 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 8.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida
--------------------	---

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 9 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 9.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?
--------------------	---

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si hay costos que la cobertura principal no cubre. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización para trabajadores

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de 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 de Asistencia de Seguro Médico del Estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	31
SECCIÓN 4	Organización de Mejora de la Calidad (pagado por Medicare para revisar la calidad en la atención que se le da 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 de prescripción	35
	Programa de descuentos por período sin cobertura de Medicare	36
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria	38
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	39

SECCIÓN 1 Contactos de Banner Plus

(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con nuestro Centro de atención al cliente en el plan)

Cómo comunicarse con el Centro de atención al cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con los reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Banner Plus Centro de Atención al Cliente. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Centro de atención al cliente: información de contacto
LLAME	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. Nuestro Centro de atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
FAX	(520) 394-4064
ESCRIBA	Banner Plus Attn: Customer Care 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica o medicamentos de prescripción de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de prescripción de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica o medicamentos de prescripción de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica o medicamentos de prescripción de la Parte D: información de contacto
LLAME	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA	Banner Plus Attn: Customer Care 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Correo electrónico: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos de prescripción de la Parte D

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

Método	Apelaciones para atención médica o medicamentos de prescripción de la Parte D: información de contacto
LLAME	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA	Banner Plus Attn: Grievance & Appeals 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Correo electrónico: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluida uno sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamos no involucra disputas de pago ni cobertura. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Reclamos sobre atención médica o medicamentos de prescripción de la Parte D: información de contacto
LLAME	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA	Banner Plus Attn: Grievance & Appeals 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Correo electrónico: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar un reclamo sobre Banner Plus directamente a Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido

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

Tenga en cuenta que: si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un*

problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) para más información.

Método	Solicitud de pago: información de contacto
LLAME	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA	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 de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, los siete días de la semana
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada y los asuntos actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar e instalaciones de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos de prescripción de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>estimado</i> de lo que podrían ser sus desembolsos en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga sobre Banner Plus:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su reclamo: puede enviar un reclamo sobre Banner Plus directamente a Medicare. Para enviar un reclamo Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamos y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarle a visitar este sitio web usando su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048</p>

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

El Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (SHIP por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el SHIP se denomina Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos del Estado de Arizona (SHIP de Arizona).

SHIP de Arizona es independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para dar asesoría gratuita de asesoría sobre seguros médicos para las personas con Medicare.

Los asesores del SHIP de Arizona pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos con Medicare, a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médico, y a aliviar sus problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIP de Arizona también pueden ayudarle a entender las opciones de su plan de Medicare y contestar las preguntas que tenga sobre cambios de plan.

Método	Departamento de Seguridad Económica de Arizona Administración de Adultos Mayores y Adultos, Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Arizona (SHIP de Arizona): información de contacto
LLAME	Línea directa estatal (800) 432-4040
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	Arizona SHIP 1789 W. Jefferson St. Site Code 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad (pagado por Medicare para revisar la calidad en la atención que se les da a las personas con Medicare)

Existe una organización de mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Arizona, la organización para la mejora de la calidad se llama Livanta BFCC-QIO.

Livanta BFCC-QIO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que paga el gobierno federal. Esta organización es pagada por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad en la atención que se les da a las personas con Medicare. Livanta BFCC-QIO es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta BFCC-QIO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) terminan demasiado pronto.

Método	Programa Livanta BFCC-QIO (Organización de mejora de la calidad de Arizona): información de contacto
LLAME	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668
ESCRIBA	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 la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 am - 7:00 pm, de lunes a viernes Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.

Método	Seguro Social: información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 am - 7:00 pm, de lunes a viernes
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid)

(un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles 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. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+).
- **Individuo calificado (QI por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos calificados discapacitados y trabajadores (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre AHCCCS (Medicaid), comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Método	Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS) (Programa de Medicaid de Arizona): información de contacto
LLAME	(855) 432-7587 (888) 621-6880 (Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona [ALTCS]) Horas de operación: Lunes - Viernes - 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	(800) 367-8939 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	AHCCCS 801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

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

Programa de “Extra Help” de Medicare

Medicare proporciona “Extra Help” para pagar los costos de los medicamentos de prescripción para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Aquellos que califican reciben ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de prescripciones de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta ayuda adicional (Extra Help) también cuenta para sus costos de desembolso.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la “Extra Help”. Usted califica automáticamente para este programa y no necesita solicitarlo. Medicare le envía una carta a las personas que califican automáticamente para recibir “Extra Help”.

Si tiene preguntas sobre “Extra Help”, llame a:

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

Si cree que califica para “Extra Help” y cree que paga un monto de costo compartido incorrecto cuando surte su prescripción en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia. Para solicitar ayuda para obtener pruebas, usted o una persona que actúe en su nombre puede comunicarse con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). O bien, si tiene su documentación de evidencia, puede enviarla por correo o fax a:

Correo:

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

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

- Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si hay una discrepancia y/o si podemos resolverla con respecto a su ayuda adicional en función de la información a la que tengamos acceso. En algunos casos, es posible que debamos solicitarle que proporcione documentación si la tiene disponible. Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su ayuda adicional (Extra Help) a través de canales de comunicación y de acuerdo con la guía establecida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar lo correcto cuando obtenga su próxima prescripción en la farmacia. Si paga su copago de más, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizándolo como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de descuentos por período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado el período sin cobertura y no reciben “Extra Help”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de dispensación por los costos en el periodo sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza el período sin cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture su prescripción y su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D mostrará cualquier descuento que se proporcione. Tanto el monto que paga como el monto descontado por

el fabricante cuentan para sus costos de desembolso personal como si los hubiera pagado y lo mueven a través del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no cuenta para sus desembolsos.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza el periodo sin cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. El monto que paga el plan (75%) no cuenta para sus desembolsos. Solo cuenta la cantidad que paga y lo mueve a través del período sin cobertura. Además, la tarifa de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Porque Banner Plus ofrece cobertura de período sin cobertura adicional durante esta etapa, sus costos de desembolso personal a veces serán más bajos que los costos que se describen aquí. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa de período sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan vidas. Los medicamentos de prescripción de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos de prescripción. En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud de Arizona administra el ADAP. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y el estado sin seguro o con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos de prescripción de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique al empleado de su inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D 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, llame al (602) 364-3610 o (800) 334-1540.

¿Qué sucede si recibe “Extra Help” de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos de prescripción?

¿Puede conseguir los descuentos?

No. Si recibe “Extra Help”, ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos de prescripción durante el período sin cobertura.

¿Qué pasa si no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si cree que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su siguiente aviso de *Explicación de beneficios de la Parte D* (Parte D EOB). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de prescripciones sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a 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 Ferroviaria es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con el organismo. Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria: información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de RRB e información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de servicios para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios o primas de salud de su empleador (o de su cónyuge) o de jubilados. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para hacer preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan o períodos de inscripción para hacer un cambio.

Si tiene otra cobertura de medicamentos de prescripción a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos de prescripción actual 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	Lo que debe saber sobre cómo obtener su 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	Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	43
SECCIÓN 2	Uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica y otros servicios.....	44
Sección 2.1	Puede 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 que puede tener sin obtener la aprobación previa 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 de atención o durante un desastre.....	49
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica	49
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios	50
Sección 3.3	Recibir 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 para servicios cubiertos	51
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.....	51
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus 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	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”	54
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención de la salud no médica?.....	54

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

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud.....	55
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	55
Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?	55
SECCIÓN 8	Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno.....	56
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	56
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	57
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?	57

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

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

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

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

A continuación, se incluyen algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo obtener la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones 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 tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y el equipo que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan
--

Como plan de salud de Medicare, Banner Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

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

Banner Plus generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios del plan.** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Recibe su atención de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios de Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
 - Los proveedores de nuestra red se enumeran en el *Directorio de proveedores*.
 - Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.
 - **Tenga en cuenta que:** si bien puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A excepción de la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si va con un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica y otros servicios

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

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, puede elegir un Proveedor de atención primaria o PCP (por sus siglas en inglés). Su PCP es un médico o enfermero practicante que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica.

Recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que pueda consultar a un especialista, generalmente debe obtener primero la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una “derivación” a un especialista). Cuando necesite un servicio que no esté cubierto por nuestro plan, su PCP debe enviar una solicitud de “autorización previa” para obtener este servicio.

¿Cómo elige a su PCP?

Es posible que ya tenga un PCP que esté en nuestra red de proveedores. Podemos ayudarle si no sabe quién es su PCP o si necesita ayuda para elegir o cambiarlo. Puede elegir un PCP si nos escribe o llama a nuestro Centro de atención al cliente. Háganos saber que es un miembro del plan que necesita elegir o cambiar un PCP.

Puede encontrar una lista de nuestros PCP en el Directorio de proveedores o en nuestro sitio web. Nuestro Centro de atención al cliente también podrá brindarle información más actualizada, ayudarle a encontrar un PCP cerca de su hogar y asistirle si necesita encontrar un médico que hable un idioma que no sea inglés. Es importante que elija un PCP que le haga sentir cómodo. Debe permanecer con ese proveedor para recibir la mejor atención posible. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan.

Cambio de su PCP

Puede cambiar su médico de atención primaria por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un nuevo PCP o pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar de PCP, llame a nuestro Centro de atención al cliente. El cambio de PCP entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su llamada telefónica. Cuando llame, asegúrese de informar a nuestro Centro de atención al cliente si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero). Nuestro Centro de atención al cliente le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También verificará que el PCP al que desea cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. El representante del Centro de atención al cliente le informará cuándo entrará en vigor el cambio de su nuevo PCP.

Sección 2.2	Qué tipos de atención médica y otros servicios que puede tener sin obtener la aprobación previa de su PCP?
--------------------	---

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red

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

- Servicios de urgencia de proveedores de la red o fuera de la red cuando los primeros no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos, por ejemplo, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente 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 ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera. (Los números de teléfono de nuestro Centro de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Para algunos tipos de derivaciones, es posible que su PCP deba obtener la aprobación previa de nuestro plan (esto se denomina obtener una “autorización previa”). Si una derivación requiere de una aprobación por adelantado, su proveedor coordinará una autorización previa para estos servicios. Nuestro plan debe revisar estas solicitudes. La revisión de esta solicitud puede demorar hasta 14 días. El consultorio de su PCP le informará si se aprueba su solicitud de autorización. Puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente para conocer el status. Si se rechaza la solicitud de su médico, nuestro plan se lo informará por correo. Si tiene alguna pregunta sobre el rechazo o denegación, puede comunicarse con nuestro Centro de atención al cliente (la dirección y los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Consulte el Capítulo 9, Sección 6 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por un rechazo de autorización. Es muy importante obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan u otros proveedores determinados (existen algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina para la mujer que explicamos anteriormente en esta sección).

Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que sus servicios no estén cubiertos. Si el especialista quiere que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la remisión que recibió de su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista. También puede necesitar una autorización previa de Banner Plus si su especialista solicita un procedimiento médico. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre qué servicios requieren de autorización previa.

Nuestro plan utiliza exclusivamente Sonora Quest Laboratories para servicios de laboratorio para nuestros miembros. Si su PCP o especialista necesita que se haga un análisis de laboratorio, debe usar Sonora Quest Laboratories. Es muy importante obtener una derivación de su médico antes de que le hagan los análisis de laboratorio. Si no tiene una derivación antes de recibir servicios de laboratorio, es posible que sus servicios no estén cubiertos. También debe obtener una autorización previa de Banner Plus para los servicios de laboratorio o de diagnóstico.

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

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurarnos, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.

Si desea ayuda con alguno de estos puntos o si solo tiene una pregunta, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarle, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte**

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

de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor. Aquí hay otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A excepción de la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.
- No es necesario que obtenga una derivación o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, es podría solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte el Capítulo 9, Sección 4 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante porque:
 - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable por el costo total. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo*) para saber cómo presentar una apelación.
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por cobertura médica servicios*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si está utilizando un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar un monto mayor de costo compartido. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

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

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

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

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga una aprobación o una remisión de su 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 está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan no brinda cobertura para atención médica de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que *no* es un caso de emergencia, la cantidad de costo compartido que paga dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte de los costos generalmente será menor que si la recibe de proveedores fuera de la red.

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” son enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o accesibles temporalmente. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una condición conocida que usted tiene.

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

En la mayoría de las situaciones, si se encuentra en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor fuera de la red, pagará una parte mayor de los costos de su atención.

Si necesita atención de urgencia, puede llamar a su PCP e informarle. También contamos con una red de Centros de Atención de Urgencias. Busque en el directorio de proveedores o en nuestro sitio web (www.BannerMA.com) para encontrar proveedores de atención de urgencia dentro de la red. También puede llamar a nuestra línea Nurse Now al (844) 259-9494 para hacer preguntas u obtener ayuda para encontrar un lugar que ofrezca el nivel de atención que necesita.

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 no se encuentra en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

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

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe atención fuera de Estados Unidos.

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. el presidente de EE. UU. declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.BannerMA.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

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

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?**Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo para servicios cubiertos**

Si pagó más de lo que le correspondía por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Banner Plus cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se enumeran en el Cuadro de beneficios del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubre nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos o porque no se siguieron las reglas del plan.

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

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

Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) tiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tengan una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que gaste por encima del límite de beneficios para beneficios complementarios no se aplica al máximo de desembolso personal. Puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus 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 llamado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, piden voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si funciona un nuevo enfoque y si es seguro.

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

Una vez que Medicare lo aprueba, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre este y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos, y usted comprende y acepta plenamente lo que implica participar en él.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que brindan su

atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en uno de ellos.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Artículos o servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y no en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una.

¿Deseas saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica si lee la publicación “Medicare y estudios de investigación clínica” 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 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención de la salud no médica?

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médicos que proporcionen instituciones religiosas de atención de la salud no médicas.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario ni *es requerido* bajo la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - - y - Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o no se cubrirá su estadía.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, “Atención hospitalaria para pacientes internados” para obtener más detalles.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero**Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?**

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El

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

miembro siempre es dueño de ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, hablaremos sobre otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarios del equipo después de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Banner Plus, no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no adquirirá la propiedad sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo DME bajo Original Medicare *antes de* inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, Banner Plus cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Banner Plus o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolverse al propietario.

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

Su costo compartido dentro de la red para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20%, todos los meses.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Banner Plus. Si utiliza un proveedor fuera de la red, sus costos serán mayores.

Si antes de inscribirse en Banner Plus había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido dentro de la red en Banner Plus es un coseguro del 20%.

Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?
--------------------	---

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquileres por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Banner Plus, se inscribe en Banner Plus durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura de equipos de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Banner Plus y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1	Comprensión de los costos de desembolso por los servicios cubiertos.....	60
Sección 1.1	Tipos de desembolsos que puede pagar por sus servicios cubiertos	60
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	60
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”	61
SECCIÓN 2	Utilice el Cuadro de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto para usted cuánto pagará.....	62
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan	62
Sección 2.2	Beneficios adicionales “complementarios opcionales” que puede comprar	111
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	112
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones)	112

Información importante sobre COVID-19

Debido a la declaración de emergencia de salud pública (PHE) de COVID-19, CMS modificó temporalmente las regulaciones en una amplia gama de áreas, incluida la capacidad hospitalaria, los servicios de proveedores, las pruebas de COVID-19 y la telesalud. Puede recibir servicios bajo estas regulaciones modificadas durante la PHE por COVID-19 PHE. No sabemos cuánto durará la PHE por COVID-19.

Cuando termine la PHE, CMS puede eliminar las modificaciones a las regulaciones y solicitarnos que cambiemos la forma en que se brindan estos beneficios. Para obtener más información, puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede visitar el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

SECCIÓN 1 Comprensión de los costos de desembolso por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Banner Plus. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1	Tipos de desembolsos que puede pagar por sus servicios cubiertos
--------------------	---

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso por los servicios cubiertos.

- Un **“Copago”** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?
--------------------	--

Según nuestro plan, existen dos límites diferentes sobre lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de desembolso personal dentro de la red** es \$6,500. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores de la red. Los montos que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos de proveedores de la red cuentan para este monto máximo de desembolso dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para su monto máximo de desembolso dentro de la red). Si pagó \$6,500 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no tendrá ningún costo de desembolso personal durante el resto del año cuando consulte a los proveedores de nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).
- Su **monto máximo combinado de gastos de desembolso** es \$11,300. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo combinado de desembolso. (Los montos que paga por las primas de su plan no cuentan para su monto máximo combinado de desembolso personal). Si pagó \$11,300 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá costos de desembolso personal durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

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

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

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención 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 que consulte:

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto para usted cuánto pagará

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

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Banner Plus y lo que desembolsa por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por ellos.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo) *deben ser* médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”) de Banner Plus.
 - Los servicios que necesitan aprobación previa para ser cubiertos como servicios dentro de la red están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos.
 - Nunca necesita una aprobación previa para servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
 - Si bien no necesita aprobación previa para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, la cantidad que paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de 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 cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que lo haría en Original Medicare. Por otros, pagas *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2021*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la consulta cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Los beneficios máximos, limitaciones y/o exclusiones que se aplican a los beneficios dentro de la red también se aplican a los beneficios fuera de la red. Los máximos de cobertura de beneficios se aplican a los servicios obtenidos tanto dentro como fuera de la red combinados.
- A veces, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.	40% coseguro para miembros que califican para esta evaluación preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico* Algunos servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede. Se requiere autorización previa y remisión.	\$40 copago de servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.	40% coseguro por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos 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, de ala fija y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. <p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</p>	<p>Copago de \$250 por servicios de ambulancia y transporte que no son de emergencia cubiertos por Medicare. 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. Se aplicaría el costo compartido para viajes de ida.</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto por visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de bienestar anual.</p>	<p>40% coseguro por el beneficio cubierto por Medicare.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que califiquen (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay 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>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
 Examen de detección del cáncer de mama (mamografías) Algunos servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.	40% coseguro por el beneficio cubierto por Medicare
Servicios de rehabilitación cardíaca * Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con la derivación de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Se requiere derivación y autorización previa.	Se aplica un copago de \$20 a los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y a los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.	Se aplica un 40% coseguro a los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y a los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.
 Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que coma de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.	40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
 <p>Prueba de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>
 <p>Examen de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</p> <p>Algunos servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Algunos servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación. • 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><i>40% coseguro aplica a servicios quiroprácticos rutinarios.</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces con guayaco (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Detección colorrectal basada en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>	<p>40% copago por beneficios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Nosotros cubrimos:</p> <p>Servicios Dentales Preventivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas incluyen combinación de examen y limpieza (por hasta 1 cada seis meses, máximo 2 por año). 	<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>50% de coseguro para servicios dentales cubiertos por Medicare (esto ni incluye servicios relacionados con la atención, tratamiento, empaste, extirpación, remplazo de dientes).</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • 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>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 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>
 Examen de detección de depresión <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. El examen debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una consulta de detección de depresión anual.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>
 Examen de diabetes <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Algunos servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y monitores. • Para las personas con diabetes que padecen una enfermedad grave de pie diabético: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos los insertos proporcionados con dichos zapatos) y dos pares de insertos adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • Se cubre la capacitación para el autocontrol de la diabetes bajo ciertas 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. Coaseguro del 20 % por suministros para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticas 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 terapéuticas cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados *</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos 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.</p> <p>Se requiere autorización previa. 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>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Cuidados de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios dentro de la red.</p> <p>La cobertura está limitada a los EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>\$90 copago por beneficios cubiertos por Medicare. If you are admitted to the hospital within 24 hours, you do not have to pay your share of the cost for emergency care. 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. If you are admitted to the hospital within 24 hours, you do not have to pay your share of the cost for emergency care. 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>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Los programas de acondicionamiento físico pueden tener un efecto positivo sobre la presión arterial alta, enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, control de peso y otros factores del estilo de vida.</p> <p>Ofrecemos un beneficio de fitness llamado Silver&Fit. Silver&Fit® ofrece uno de los programas de ejercicio y envejecimiento saludable para personas mayores más grandes y diversos a nivel nacional. Es una iniciativa de tres ejes que se centra en</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Programa de membresía del gimnasio, 2) Programa de video digital de acondicionamiento físico con herramientas de acondicionamiento físico en el hogar, y 3) Programa de envejecimiento saludable. <p>Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte www.silverandfit.com para obtener más información y servicios en línea.</p> <p>Los servicios no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán. Deben usarse los proveedores de American Specialty Health (ASH) para membresías de gimnasios dentro y fuera de la red. Los beneficios recibidos fuera de la red para el uso del gimnasio están sujetos a los máximos, limitaciones y/o exclusiones de beneficios dentro de la red.</p>	<p>No hay ningún costo para las clases de fitness o los kits de fitness proporcionados por Silver&Fit</p>	<p>n proveedor de Silver&Fit debe usarse para beneficios de gimnasios/salud física dentro y fuera la red.</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Examen de audición de rutina (1 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. 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. 50% de coseguro para el examen auditivo de rutina anual y audífonos. 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> Exámenes de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>	<p>40 % coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Comidas a domicilio*</p> <p>Para los miembros dados de alta de una estancia 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>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar*</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted los necesita y ordenará que estos sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de asistencia médica en el hogar y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y de lenguaje • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos <p>Se requiere autorización previa y derivación.</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>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Terapia de infusión domiciliaria *</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado para esto. <p>Se requiere derivación y autorización previa.</p>	<p>20% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Algunos servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado en casa <p><u>Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (y no nuestro plan) pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que este último paga.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, estos servicios y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare y no por Banner Plus.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, estos servicios y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare y no por Banner Plus.</p>

Cuidado de hospicio (continuación)

Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de Medicare de pago por servicio (Original Medicare).

Para los servicios cubiertos por Banner Plus, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Banner Plus seguirá amparando los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido de su plan por estos servicios.

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

Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no se relacione con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

Se requiere autorización previa y remisión.

Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.		
 Vacunas Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de prescripción de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.	40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que le den el alta es su último día de internamiento.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y el lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados <p>Se requiere autorización previa y derivación.</p>	<p>Cubrimos hasta 90 días de hospitalización para pacientes hospitalizados. Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Días 1-6: Copago de \$275 al día •Días 7-90: Copago de \$0 al día •Días 91 y posteriores: copago de \$0 por cada "día de reserva de porvida" 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. 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. El costo compartido comienza el día que es internado. 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>

**Atención hospitalaria para
pacientes hospitalizados*
(continuación)**

- Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal /multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato a uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir a nivel local siempre que los proveedores de trasplantes locales 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 obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.
- Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Servicios médicos

Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirle formalmente como tal. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>		
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*</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. EL costo compartido comienza el día que es internado. 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>

Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta

Si ha agotado sus beneficios de internación o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como tal. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Servicios médicos
- Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)
- Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios para técnicos
- Apósitos quirúrgicos
- Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones
- Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona de forma permanente o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.
- Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente
- Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional

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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizados durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% copago por beneficios cubiertos por Medicare</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>	<p>40% copago por beneficios cubiertos por Medicare</p>

Medicamentos de prescripción de la Parte B de Medicare*

Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Se podría requerir de autorización previa. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que, por lo general, el paciente no se autoadministra y que se inyectan o infunden mientras recibe los servicios de un médico, un paciente ambulatorio o un centro quirúrgico ambulatorio
- Medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan
- Factores de coagulación que se administra por inyección si tiene hemofilia
- Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento
- Antígenos
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas
- Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa)

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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria 		
<p>Medicamentos de prescripción de la Parte B de Medicare«PA_Asterisk» (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de prescripción de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de prescripción de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran estos medicamentos. Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>		
<p> Detección y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se pueda coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o con su médico para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes y terapia de prevención de la obesidad.</p>	<p>40% copago por beneficios cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Algunos servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Ensayos de toxicología <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: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Para servicios cubiertos por Medicare: Copago de \$10 por pruebas y procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio. Copago de \$20 por radiografías para pacientes ambulatorios. Copago de \$125 por servicios radiológicos de diagnóstico general como TC, IRM, etc. Copago de \$60 por servicios de radiología terapéutica. Copago de \$0 por servicios de sangre.</p>	<p>Para servicios cubiertos por Medicare: 40% coseguro por pruebas y procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio. Copago de \$27 por radiografías para pacientes ambulatorios. 40% coseguro por servicios radiológicos de diagnóstico general como TC, IRM, etc. 40% coseguro por servicios de radiología terapéutica. Copago de \$0 por servicios de sangre.</p>

Observación hospitalaria ambulatoria*

Los servicios de observación son servicios hospitalarios que se brindan para determinar si un paciente ambulatorio debe ser admitido como paciente hospitalizado o si puede darse de alta.

Para cubrir los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.

«OutPx_Hospital_Obs_Benefit»

Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes externos. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” **Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 Puede llamar a estos números de

Copago de \$275 por beneficios cubiertos por Medicare.

40% copago por beneficios cubiertos por Medicare

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		

Servicios hospitalarios ambulatorios*

Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Referral and prior authorization may be required.

Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria.
- 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 se requeriría tratamiento hospitalario sin ella.
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
- Suministros médicos como férulas y yesos
- Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo

Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes externos.

Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare,

Copago de \$275 por beneficios cubiertos por Medicare.

40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>		
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios*</p> <p>Algunos servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, practicante de enfermería, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales vigentes.</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: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para este tipo de pacientes, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes e instalaciones de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</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. Requiere remisión y autorización previa.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$35 por visita de terapia individual para pacientes ambulatorios. Copago de \$35 por visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Copago de \$40 por visita de terapia individual para pacientes ambulatorios. Copago de \$40 por visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$275 por centro quirúrgico ambulatorio. Copago de \$275 por cirugía ambulatoria.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Tarjeta de venta libre 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. <p>Visite nuestro sitio web para ver nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos.</p>	<p>La cantidad no utilizada no se transfiere al período siguiente.</p>	<p>La cantidad no utilizada no se transfiere al período siguiente. Un proveedor dentro de la red debe usarse para beneficio OTC fuera de la red.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial*</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>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>

Servicios de médico/practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico

Algunos servicios cubiertos incluyen:

- Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se brindan en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de atención ambulatoria del hospital o cualquier otro lugar
- Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista
- Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP para ver si necesita tratamiento médico.
- Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: Servicios de urgencia; Visitas al PCP; visitas a médicos especialistas; servicios de especialistas en salud mental para sesiones individuales o grupales; servicios psiquiátricos para sesiones individuales o grupales; proveedores de terapia ocupacional, física y/o del habla según lo permita Medicare.
 - Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor que ofrezca el servicio a través de este servicio.
 - Generalmente, el servicio de telesalud debe ser con un proveedor con el que tenga una relación establecida y utilizar un sistema de comunicaciones de audio y video interactivo que permita la comunicación en tiempo real.
- Algunos servicios de telesalud que incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o practicante para pacientes en ciertas

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: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.		

Servicios de médico/practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)

- Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico en un hospital, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular.
- Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**:
 - No es un paciente nuevo **y**
 - El chequeo no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**
 - El chequeo no conduce a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más pronto disponible.
- Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas. **si**:
 - No es un paciente nuevo **y**
 - La evaluación no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**
 - El chequeo no conduce a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más pronto disponible.
- Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico **si** no usted no es un paciente nuevo
- Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía
- Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía)

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de la enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando proporcionado por un médico)</p> <p>Remisión y autorización previa pueden aplicar</p>		
<p>Servicios de podiatría*</p> <p>Algunos servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan 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> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados*</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</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 integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</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: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> 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 las mujeres embarazadas) que abusan, pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de consejería cara a cara por año (si es competente y está alerta durante la consejería) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre un LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 55 a 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de al menos 30 paquetes al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden escrita de LDCT durante una consulta de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea la proporcione un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la detección inicial de LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para la detección de cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un practicante no médico calificado opta por brindar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita para la toma de decisiones compartida para las posteriores pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tengan un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de y asesoramiento para ITS cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios para tratar la enfermedad renal*

Algunos servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3)
- Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)
- Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)
- Equipo y suministros de diálisis en el hogar
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua)

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.

Se requiere remisión y autorización previa.

Copago de \$0 por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Se requiere remisión.

Coaseguro del 20 % para diálisis renal.

40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)*

(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto). Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).

Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)
- Comidas, incluidas dietas especiales
- Servicios de enfermería especializada
- Fisioterapia, terapia ocupacional y de lenguaje
- Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).
- Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF
- Pruebas de laboratorio proporcionadas normalmente por los SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF
- Uso de electrodomésticos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF

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: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico/practicante No se requiere de internamiento en el hospital para que comience la cobertura del SNF. Por lo general, recibirá atención en un SNF en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda obtener su atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si este acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde viva su cónyuge al momento de salir del hospital <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>		

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y diagnosticaron una enfermedad relacionada su uso o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>	<p>40% coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés)*</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (EAP) y una remisión para EAP del médico responsable de este tratamiento.</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 de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para la EAP en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico • Brindarse por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para la EAP • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>La SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera 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>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los “servicios de urgencia” se proporcionan para tratar afecciones no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o accesibles temporalmente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de urgencia necesarios que se prestan fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios dentro de la red.</p> <p>Cobertura limitada a los EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$30 por visita.</p>	<p>Copago de \$30 por visita.</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Cuidado visual*</p> <p>Algunos servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p>Cubrimos*:</p> <ul style="list-style-type: none"> •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. <p>La cobertura incluye la recepción de anteojos y lentes de contacto en un período de cobertura. Se requiere autorización previa para examen y anteojos cubiertos por Medicare</p>	<p>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).</p>	<p>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).</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que debes pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas) y derivaciones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su 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 hay 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 “complementarios opcionales” que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no se incluyen en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan “**Beneficios complementarios opcionales**”. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe suscribirse a ellos y pagar una prima adicional. Si se inscribe para recibir beneficios complementarios opcionales, pero no paga su prima, sus beneficios se reducirán y no incluirán los beneficios complementarios opcionales de su cobertura. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

<p>Servicios Dentales*</p> <p>Servicios dentales integrales (prima de \$20.20 por mes)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Servicios no rutinarios; Servicios de restauración; Endodoncia; Otra Cirugía Oral /Maxilofacial; Otros servicios •Ciertos servicios integrales como empaste, extracción o reemplazo de dientes. 	<p>Nuestro plan paga hasta \$1,000 por servicios dentales integrales cada año.</p> <p>Restauraciones:</p> <p>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</p>
---	--

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.

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 fístula 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

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

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.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

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

El cuadro a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o lo están solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto en las condiciones específicas enumeradas. La única excepción: pagaremos si, tras una apelación, se determina que un servicio del cuadro siguiente es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el cuadro a continuación.

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

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

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Habitación privada en un hospital		<p style="text-align: center;">✓</p> Se cubre solo cuando sea médicamente necesario
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	✓	
* La 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.	✓	
Los servicios para labores domésticas incluyen asistencia básica en el hogar, que incluye tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.	✓	
Tarifas que se cobran para el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	✓	

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubre en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones • Se cubre para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
Atención odontológica no preventiva.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. • Atención dental integral (no preventiva) comprada como un beneficio complementario opcional (consulte el Capítulo 4, Sección 2.2)
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o los zapatos son para una persona con enfermedad del pie diabético.</p>
Atención de rutina para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético</p>

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin prescripción	✓	
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Acupuntura		✓

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

Beneficios dentales - Códigos cubiertos y limitaciones**Códigos de cobertura y limitaciones para beneficios preventivos y de diagnóstico:**

Código	Descripción del servicio	Pautas
	Diagnóstico (exámenes o exámenes bucales preventivos)	
D0120 D0160 D0170	Evaluación oral periódica Examen oral extenso Reevaluación: limitada centrada en problemas	Exámenes cada 12 meses
D0140	Evaluación oral limitada	Tres por 12 meses; no permitido con servicios de rutina
D0150 D0180	Examen oral integral Evaluación periodontal integral	Uno cada 36 meses
	Radiografías (radiografías dentales)	
D0210 D0277 D0330	Intraoral - serie completa Alas de mordida verticales - 7 a 8 imágenes radiográficas Imagen radiográfica panorámica	Uno cada 36 meses
D0220 D0230	Intraoral periapical -1a imagen radiográfica Intraoral periapical: cada imagen radiográfica adicional	Uno por fecha de servicio.
D0240	Imagen radiográfica oclusal intraoral	Dos cada 24 meses

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D0270	Mordida: imagen radiográfica única	Uno cada 12 meses
D0272	Mordida: dos imágenes radiográficas	
D0273	Mordida: tres imágenes radiográficas	
D0274	Mordida: cuatro imágenes radiográficas	
	Preventivo (limpiezas)	
D1110	Profilaxis: descamación en adultos en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada, procedimientos de mantenimiento periodontal de boca completa (después de la terapia activa)	Dos cada 12 meses
D4346		Cuatro de D4910 cada 12 meses
D4910		
	Fluoruro	
D1206	Aplicación tópica de barniz de fluoruro	Exámenes cada 12 meses
D1208	Aplicación tópica de fluoruro	
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental - procedimiento menor	

Códigos de cobertura y limitaciones para beneficios dentales integrales:

Código	Descripción del servicio	Pautas administrativas
	Restaurador básico (empastes)	
D2140	Amalgama: una superficie, primarios o permanente	Una cada 24 meses
D2150	Amalgama: dos superficies, primarios o permanente	Una cada 24 meses
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes primarios o permanente	Una cada 24 meses
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primarios o permanente	Una cada 24 meses
	Restaurador de resina (empastes)	
D2330	Compuesto a base de resina -1 superficie, anterior	Una cada 24 meses
D2331	Compuesto a base de resina -2 superficies, anterior	Una cada 24 meses
D2332	Compuesto a base de resina -3 superficies, anterior	Una cada 24 meses
D2335	Compuesto a base de resina -4+ superficies, anterior	Una cada 24 meses
D2390	Corona de resina compuesta, anterior	Una cada 24 meses
D2391	Compuesto a base de resina - 1 superficie, posterior	Una cada 24 meses
D2392	Compuesto a base de resina - 2 superficies, posterior	Una cada 24 meses
D2393	Compuesto a base de resina - 3 superficies, posterior	Una cada 24 meses
D2394	Compuesto a base de resina - 4+ superficies, posterior	Una cada 24 meses
	Restauraciones de incrustaciones/recubrimientos	
D2510	Incrustación metálica - una superficie	Una cada 60 meses
D2520	Incrustación metálica - dos superficies	Una cada 60 meses
D2530	Incrustación metálica - tres o más superficies	Una cada 60 meses

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D2542	Recubrimiento metálico - dos superficies	Una cada 60 meses
D2543	Recubrimiento metálico - tres superficies	Una cada 60 meses
D2544	Recubrimiento metálico - cuatro o más superficies	Una cada 60 meses
D2610	Incrustación - porcelana/cerámica - una superficie	Una cada 60 meses
D2620	Incrustación - porcelana/cerámica - dos superficies	Una cada 60 meses
D2630	Incrustación - porcelana/cerámica - tres o más superficies	Una cada 60 meses
D2642	Recubrimiento - porcelana/cerámica - dos superficies	Una cada 60 meses
D2643	Recubrimiento - porcelana/cerámica - tres superficies	Una cada 60 meses
D2644	Recubrimiento - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies	Una cada 60 meses
D2650	Incrustación - una superficie compuesta a base de resina	Una cada 60 meses
D2651	Incrustación - dos superficies compuestas a base de resina	Una cada 60 meses
D2652	Incrustación - tres o más superficies compuestas a base de resina	Una cada 60 meses
D2662	Recubrimiento - dos superficies compuestas a base de resina	Una cada 60 meses
D2663	Recubrimiento - tres superficies compuestas a base de resina	Una cada 60 meses
D2664	Recubrimiento - cuatro o más superficies compuestas a base de resina	Una cada 60 meses
	Coronas - solo restauración (coronas significa prostodoncia)	
D2710	Corona-resina- (indirecta)	Una cada 60 meses
D2712	Corona - compuesto a base de resina 3/4 (indirecto)	Una cada 60 meses
D2720	Corona - resina con alto metal noble	Una cada 60 meses
D2721	Corona - resina con predominantemente metal base	Una cada 60 meses
D2722	Corona - resina con metal noble	Una cada 60 meses
D2740	Corona- porcelana/cerámica	Una cada 60 meses
D2750	Corona - porcelana fusionada con alto metal noble	Una cada 60 meses
D2751	Corona - porcelana fundida a predominantemente metal base	Una cada 60 meses
D2752	Corona - porcelana fusionada con metal noble	Una cada 60 meses
D2753	Corona - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una cada 60 meses
D2780	Corona - 3/4 fundición de alto metal noble	Una cada 60 meses
D2781	Corona - 3/4 fundición predominantemente de metal base	Una cada 60 meses
D2782	Corona - 3/4 fundición de metal noble	Una cada 60 meses
D2783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica	Una cada 60 meses
D2790	Corona - alta fundición completa metal noble	Una cada 60 meses
D2791	Corona - fundición completa predominantemente metal base	Una cada 60 meses

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D2792	Corona - fundición completa metal noble	Una cada 60 meses
D2794	Corona-titanio	Una cada 60 meses
D2799	Corona provisional	Rechazo - incluido en el beneficio de la corona
	Restauraciones mayores (coronas significa prostodoncia)	
D2910	Recubrimiento o reinstalación de incrustaciones, recubrimiento, carillas o restauraciones de cobertura parcial	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D2915	Nueva cementación o adhesión fabricado indirectamente	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D2920	Corona nueva cementación o adhesión	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D2940	Restauración protectora	Una vez por diente de por vida
D2950	Reconstrucción de muñones, incluidos los pines cuando sea necesario.	Una vez por diente cada 60 meses
D2951	Retención de pin por diente, además de restauración	Una vez por diente cada 60 meses
D2952	Poste y base además de la corona, fabricados indirectamente	Una vez por diente cada 60 meses
D2953	Cada poste adicional, mismo diente, fabricado indirectamente	Una vez por diente cada 60 meses
D2954	Poste y núcleo prefabricados además de la corona	Una vez por diente cada 60 meses
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D2990	Infiltración de resina de lesión incipiente de superficie lisa	Una vez cada 24 meses
D2999	Procedimiento restaurativo no especificado, por informe	
	Pulpotomía	
D3220	Pulpotomía terapéutica	Una vez por diente de por vida
D3221	Desbridamiento pulpar macroscópico de los dientes primarios y permanentes	Una vez por diente de por vida
	Terapia de endodoncia	
D3310	Terapia de endodoncia, (conducto radicular), anterior	Una vez por diente permanente de por vida
D3320	Terapia de endodoncia, (conducto radicular), premolar	Una vez por diente permanente de por vida
D3330	Terapia de endodoncia, (conducto radicular), molar	Una vez por diente permanente de por vida
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular; acceso no quirúrgico	Una vez por diente permanente de por vida
D3346	Retratamiento de la terapia anterior del conducto radicular anterior	Una vez por diente permanente de por vida
D3347	Retratamiento de la terapia anterior del conducto radicular premolar	Una vez por diente permanente de por vida
D3348	Retratamiento de la terapia anterior del conducto radicular molar	Una vez por diente permanente de por vida

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D3999	Procedimiento endontónico no especificado	
	Servicios de apicectomía/perirradiculares	
D3410	Apicectomía anterior	Una vez por diente permanente de por vida
D3421	Apicectomía/perirradicular-premolar (primera raíz)	Una vez por diente permanente de por vida
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular-molar (primera raíz)	Una vez por diente permanente de por vida
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	Una vez por diente permanente de por vida
D3430	Relleno retrógrado	Una vez por diente de por vida
	Periodoncia	
	Servicios quirúrgicos (incluidos los servicios posoperatorios habituales)	
D4210	Gingivectomía-gingivoplastia-cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales delimitados por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4211	Gingivectomía de gingivoplastia: uno a tres dientes con enfermedad contigua o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: cuatro o más dientes con enfermedad contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: uno a tres dientes con enfermedad contiguos o espacios delimitados por dientes, por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4249	Alargamiento de corona clínico-tejido duro	Una vez por diente permanente de por vida
D4260	Cirugía ósea: cuatro o más dientes con enfermedades contiguas o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): de uno a tres dientes contiguos o espacios dentales delimitados por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
	Servicios periodontales complementarios	
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes enfermos por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, 1-3 dientes enfermos por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico completos	Una vez cada 36 meses
	Otros servicios periodontales	
D4999	Procedimiento periodontales no especificado	
	Dentaduras completas	
D5110	Dentadura completa - maxilar	Una cada 60 meses
D5120	Dentadura completa - mandibular	Una cada 60 meses
D5130	Dentadura inmediata - maxilar	Una cada 60 meses
D5140	Dentadura inmediata - mandibular	Una cada 60 meses

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Dentaduras parciales		
D5211	Base de resina para prótesis parcial maxilar (incluidos abrazaderas, apoyos y dientes convencionales)	Una cada 60 meses
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina	Una cada 60 meses
D5213	Estructura de metal fundido para dentadura postiza de la parte maxilar con bases de resina	Una cada 60 meses
D5214	Estructura de metal fundido para dentadura postiza de la parte mandibular con bases de resina	Una cada 60 meses
D5221	Base de resina de prótesis parcial maxilar inmediata	Una cada 60 meses
D5222	Base de resina de prótesis parcial mandibular inmediata	Una cada 60 meses
D5223	Armazón de metal fundido para prótesis parcial maxilar inmediata con bases de resina para prótesis	Una cada 60 meses
D5224	Armazón de metal fundido para prótesis parcial mandibular inmediata con bases de resina para prótesis	Una cada 60 meses
D5225	Base flexible para prótesis parcial maxilar	Una cada 60 meses
D5226	Base flexible para prótesis parcial mandibular	Una cada 60 meses
Ajustes de prótesis removibles		
D5410	Ajuste de dentadura completa - maxilar	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5411	Ajuste de dentadura completa - mandibular	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5421	Ajuste de dentadura parcial - maxilar	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5422	Ajuste de dentadura parcial - mandibular	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
Reparaciones de dentaduras postizas completas		
D5511	Reparación de la base de la dentadura postiza completa rota, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5512	Reparación de la base de la dentadura postiza completa rota, maxilar	Una vez por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5520	Reemplazo de dientes rotos o faltantes - dentadura completa (cada diente)	Una vez por diente cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5611	Reparación de base de resina para prótesis, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses
D5612	Reparación de base de resina para prótesis, maxilar	Una vez por arco cada 12 meses

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D5621	Reparación de armazón fundido, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses
D5622	Reparación de armazón fundido, maxilar	Una vez por arco cada 12 meses
D5630	Reparación o reemplazo de abrazadera rota por diente	Una vez por diente cada 12 meses
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente	Una vez por diente cada 12 meses
D5650	Agregar diente a la prótesis parcial existente	Una vez por diente cada 12 meses
D5660	Agregar abrazadera a la prótesis parcial existente por diente	Una vez por diente cada 12 meses
Procedimientos de rebase de dentaduras postizas		
D5710	Rebase de prótesis maxilar completa	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5711	Rebase de prótesis mandibular completa	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5720	Rebase de prótesis parcial maxilar	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5721	Rebase de prótesis parcial mandibular	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
Procedimientos de rebasado de dentadura		
D5730	Rebasado de dentadura maxilar completa (en el consultorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5731	Rebasado de dentadura mandibular completa (en el consultorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5740	Rebasado de dentadura maxilar parcial (en el consultorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5741	Rebasado de dentadura mandibular parcial (en el consultorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5750	Rebasado de dentadura maxilar completa (en el laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5751	Rebasado de dentadura mandibular completa (en el laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5760	Rebasado de dentadura maxilar parcial (en el laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5761	Rebasado de dentadura mandibular parcial (en el laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
Otros servicios de prótesis removibles		
D5850	Acondicionamiento de tejidos maxilares	Solo se permite junto con la fabricación de una nueva prótesis. No se permite durante 60 meses después de la entrega de una nueva prótesis

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D5851	Acondicionamiento de tejidos mandibulares	Solo se permite junto con la fabricación de una nueva prótesis. No se permite durante 60 meses después de la entrega de una nueva prótesis
D5863	Maxilar completo sobredentadura	Una cada 60 meses
D5864	Maxilar parcial sobredentadura	Una cada 60 meses
D5865	Mandibular completo sobredentadura	Una cada 60 meses
D5866	Mandibular parcial sobredentadura	Una cada 60 meses
D5876	Agregar una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica	
D5899	Procedimientos prostodónticos removibles no especificados	
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, según informe	
	Implantes endoóseos	
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteal	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada sobre estribo	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6059	Porcelana apoyada sobre estribo fusionada a corona de metal (alta nobleza)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6060	Porcelana apoyada sobre estribo fusionada a corona de metal (metal base)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6061	Porcelana apoyada sobre estribo fusionada a corona de metal (metal noble)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6062	Corona de metal fundido apoyado por estribo (alto noble)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6063	Corona de metal fundido apoyado por estribo (metal base)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6064	Corona de metal fundido apoyado por estribo (metal noble)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6065	Corona de porcelana/cerámica sobre implantes	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6066	Porcelana soportada sobre implantes fusionada con corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal de alta nobleza)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6067	Corona de metal soportada por implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6068	Retenedor sobre estribo para DPF de porcelana/cerámica	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6069	Retenedor apoyado sobre estribo para porcelana fundida sobre DPF de metal (metal noble alto)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6070	Retenedor apoyado sobre estribo de porcelana fundida sobre DPF de metal (metal noble alto)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6071	Retenedor apoyado sobre estribo para porcelana fundida sobre DPF de metal (metal noble)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6072	Retenedor apoyado sobre estribo para DPF de metal fundido (metal noble alto)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6073	Retenedor apoyado sobre estribo para DPF de metal fundido (predominantemente metal base)	Una vez cada 60 meses por cuadrante

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D6074	Retenedor apoyado sobre estribo para DPF de metal fundido (metal noble)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6075	Retenedor sobre implantes para DPF cerámica	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6076	Retenedor soportado por implantes para DPF de porcelana fundida a metal (titanio, aleación de titanio o metal muy noble)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6077	Retenedor soportado por implantes para DPF de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal muy noble)	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6082	Corona soportada por implantes - porcelana fusionada a aleaciones predominantemente base	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6083	Corona soportada por implantes - porcelana fusionada con aleaciones nobles	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6084	Corona soportada por implantes - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6086	Corona soportada por implantes - predominantemente aleaciones base	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6087	Corona soportada por implantes - aleaciones nobles	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6088	Corona soportada por implantes - titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6090	Reparación de prótesis sobre implantes	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D6092	Volver a cementar o volver a adherir la corona sobre implante / pilar	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D6093	Volver a cementar o volver a adherir implante/estribo dentadura parcial fija	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D6094	Corona soportada por estribo--titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6097	Corona soportada por estribo - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6098	Retenedor soportado por implantes - porcelana fusionada a aleaciones predominantemente base	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6099	Retenedor soportado por implantes para DPF - porcelana fusionada con aleaciones nobles	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6120	Retenedor soportado por implantes - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6121	Retenedor soportado por implantes para DPF de metal - predominantemente aleaciones	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6122	Retenedor soportado por implantes para DPF de metal - aleaciones nobles	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6123	Retenedor soportado por implantes para DPF de metal - titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6195	Retenedor soportado por estribo - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
	Pónticos fijos para dentaduras postizas parciales	
D6205	Composite a base de resina póntico-indirecto	Una cada 60 meses

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D6210	Póntico - fundición de alto metal noble	Una cada 60 meses
D6211	Póntico - fundición predominantemente de metal base	Una cada 60 meses
D6212	Póntico - fundición de metal noble	Una cada 60 meses
D6214	Póntico-titanio	Una cada 60 meses
D6240	Póntico - porcelana fusionada alta noble	Una cada 60 meses
D6241	Póntico - metal fundido de porcelana	Una cada 60 meses
D6242	Póntico - metal noble fundido de porcelana	Una cada 60 meses
D6243	Póntico - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una cada 60 meses
D6245	Póntico - sustrato de cerámica de porcelana	Una cada 60 meses
D6250	Póntico - resina con alto metal noble	Una cada 60 meses
D6251	Póntico - resina con metal base	Una cada 60 meses
D6252	Póntico - resina con metal noble	Una cada 60 meses
D6545	Retenedor - metal fundido para prótesis fija unida con resina	Una cada 60 meses
D6548	Retenedor - porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina	Una cada 60 meses
D6549	Retenedor de resina para prótesis fija adherida con resina	Una cada 60 meses
D6602	Incrustación de retenedor - metal noble, dos superficies	Una cada 60 meses
D6603	Incrustación de retenedor - metal noble, tres o más superficies	Una cada 60 meses
D6604	Incrustación de retenedor - metal base, dos superficies	Una cada 60 meses
D6605	Incrustación de retenedor - metal base, tres o más superficies	Una cada 60 meses
D6606	Incrustación de retenedor - fundición de metal noble, dos superficies	Una cada 60 meses
D6607	Incrustación de retenedor - fundición de metal noble, 3 o más superficies	Una cada 60 meses
D6608	Recubrimiento de retenedor - porcelana/cerámica - dos superficies	Una cada 60 meses
D6609	Recubrimiento de retenedor - porcelana/cerámica - tres o más superficies	Una cada 60 meses
D6610	Recubrimiento de retenedor - fundición de metal noble, dos superficies	Una cada 60 meses
D6611	Recubrimiento de retenedor - fundición de metal muy noble - tres superficies	Una cada 60 meses
D6612	Recubrimiento de retenedor - fundición predominantemente de metal base - 2 superficies	Una cada 60 meses
D6613	Recubrimiento de retenedor - fundición predominantemente de metal base - 3 superficies	Una cada 60 meses
D6614	Recubrimiento de retenedor - fundición de metal noble, dos superficies	Una cada 60 meses
D6615	Recubrimiento de retenedor - fundición de metal noble, 3 o más superficies	Una cada 60 meses
D6624	Retenedor-incrustación de titanio	Una cada 60 meses
D6634	Retenedor-recubrimiento de titanio	Una cada 60 meses

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D6710	Corona de retención - composite indirecto a base de resina	Una cada 60 meses
	Coronas de retenedor para dentaduras parciales fijas	
D6720	Corona de retención - resina con alto metal noble	Una cada 60 meses
D6721	Corona de retención - resina con predominantemente metal noble	Una cada 60 meses
D6722	Corona de retención - resina con metal noble	Una cada 60 meses
D6740	Corona de retención- porcelana/cerámica	Una cada 60 meses
D6750	Corona de retención - porcelana fusionada alta noble	Una cada 60 meses
D6751	Corona de retención - porcelana fusionada con metal	Una cada 60 meses
D6752	Corona de retención - porcelana fusionada con metal noble	Una cada 60 meses
D6753	Corona de retención - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una cada 60 meses
D6780	Corona de retención - 3/4 fundido alto noble	Una cada 60 meses
D6781	Corona de retención - 3/4 fundido predominantemente metal base	Una cada 60 meses
D6782	Corona de retención - 3/4 fundido de metal noble	Una cada 60 meses
D6784	Corona de retención - 3/4-titanio y aleaciones de titanio	Una cada 60 meses
D6790	Corona de retención - fundido completo alto noble	Una cada 60 meses
D6791	Corona de retención - metal base de fundición completa	Una cada 60 meses
D6792	Corona de retención - metal noble de fundición completa	Una cada 60 meses
D6793	Corona de retención provisional	Una cada 60 meses
D6794	Corona de retención -titanio	Una cada 60 meses
	Otros servicios de dentadura postiza parcial fija	
D6930	Volver a cementar la prótesis parcial fija	Una vez cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D6980	Reparación de dentaduras postizas parciales	Una vez cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D6999	Procedimientos de prostodoncia fija no especificados	
	Cirugía Oral y Maxilofacial (cirugía oral o extracciones)	
D7140	Extracción - diente erupcionado o raíz expuesta	Una vez por diente de por vida
D7210	Extracción quirúrgica de un diente erupcionado que requiere la extracción de hueso y/o sección del diente	Una vez por diente de por vida
D7220	Extracción del tejido blando del diente impactado	Una vez por diente de por vida
D7230	Extracción de diente impactado - parcialmente óseo	Una vez por diente de por vida
D7240	Extracción de diente impactado - completamente óseo	Una vez por diente de por vida
D7241	Extracción de diente impactado - completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Una vez por diente de por vida

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

D7250	Eliminación quirúrgica de raíces residuales	Una vez por diente de por vida
D7251	Coronectomía	Una vez por diente de por 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 alveoloplastia de cresta para dentaduras postizas	
D7310	Alveoloplastia con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida
D7320	Alveoloplastia no junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida
D7321	Alveoloplastia 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, re inserción 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 1.25 cm	
D7460	Extirpación de un quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	
D7461	Extirpación de un quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	
D7471	Eliminación de exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	2 por arco de por vida, independientemente del proveedor
D7472	Eliminación de torus palatinus	Una vez en la vida, independientemente del proveedor
D7485	Reducción de la tuberosidad ósea	2 veces en la vida, independientemente del proveedor
D7473	Eliminación de torus mandibularis	2 veces en la vida, independientemente del proveedor

Capítulo 4: Cuadro de **beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

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 extraoral	
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	Una vez por arco de por vida
D7971	Escisión de encía pericoronar	Una vez por diente de por vida
D7999	Procedimiento de cirugía oral no especificado, según informe	
Anestesia		
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	Una 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, ansiolisis	Una por miembro por fecha de servicio.
D9239	Moderación intravenosa (consciente)	Una 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)	Una 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	Uno por fecha de servicio. 6 por año.
D9420	Llamada al hospital o centro quirúrgico ambulatorio	Uno por fecha de servicio. 6 por 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	Una vez cada 60 meses
D9951	Ajuste oclusal - limitado	Una vez cada 12 meses
D9952	Ajuste oclusal - completo	Una vez cada 60 meses
D9999	Procedimiento adyuvante no especificado, por informe	

Nuestro plan no cubre lo siguiente:

- Implantes dentales
- Costo por faltar a las citas dentales

Capítulo 4: Cuadro **de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

- Procedimientos dentales que no figuran en la lista anterior de códigos de beneficios dentales.
- Procedimientos dentales únicamente por razones cosméticas/estéticas.
- Procedimientos dentales que no concuerden con las pautas de la ADA como se indica

en el

Manual del proveedor de DentaQuest

Se aplican limitaciones y exclusiones a los beneficios anteriores. Si tiene alguna duda, comuníquese con nuestro

Centro de atención al cliente para obtener detalles sobre los beneficios, o puede ir en línea a «Plan_Website».

CAPÍTULO 5

*Usar la cobertura del plan para sus
medicamentos de prescripción de la
Parte D*

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	132
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	132
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan .	133
SECCIÓN 2	Surta sus prescripciones en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan.....	133
Sección 2.1	Para que su prescripción esté cubierta, use una farmacia de la red.....	133
Sección 2.2	Encontrar farmacias de la red.....	134
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan.....	135
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	136
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?	136
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos”.....	137
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	137
Sección 3.2	Hay seis “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos	138
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	139
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	139
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	139
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?.....	140
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	141
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría?.....	141
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que le gustaría	141
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido de alguna manera?.....	142
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?	144

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	145
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	145
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?	146
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	148
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	148
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una prescripción.....	149
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	149
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de miembro?.....	149
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	150
Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan?	150
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?	150
Sección 9.3	¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados?	151
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?	151
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos	152
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura.....	152
Sección 10.2	Programa de manejo de la terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	153



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

El programa de “Extra Help” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos de prescripción. El Capítulo 2, Sección 7 brinda más información sobre este programa.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **alguna información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos de prescripción de la Parte D podría aplicarse a usted.**

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*¿Qué pasa si está en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo usted paga*).

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D

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

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que escriba su prescripción.
- Su prescriptor debe aceptar Medicare o presentar documentación ante CMS que demuestre que está calificado para escribir prescripciones, o se rechazará su reclamo de la Parte D. Debe preguntarle a sus prescriptores la próxima vez que llame o consulte si cumplen con esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que el médico que prescribe necesita tiempo para enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su prescripción. (Consulte la Sección 2, *Surta sus prescripciones en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan.*)
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos”*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus prescripciones en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1	Para que su prescripción esté cubierta, use una farmacia de la red
--------------------	---

En la mayoría de los casos, sus prescripciones están cubiertas *solamente* si se obtienen en las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para ver información sobre cuándo cubriríamos prescripciones surtidas en farmacias que están fuera de red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos de prescripción cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

los medicamentos de prescripción de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 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 su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web («Plan_Website») o llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva prescripción o que transfieran su prescripción a su nueva farmacia de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, deberá buscar una nueva que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en «Plan_Website».

¿Y si necesita una farmacia especializada?

A veces, las prescripciones deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en una instalación de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que suele ser la farmacia que utiliza la instalación de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación de LTC, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: este escenario debería ocurrir en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan para que le entreguen sus medicamentos de prescripción. Generalmente, los medicamentos proporcionados por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté en la red del plan, su receta no estará cubierta.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted ordene **un suministro de 90 días** del medicamento.

Para solicitar medicamentos de prescripción en nuestra farmacia de pedidos por correo, puede descargar la aplicación Banner Rx disponible en Google Play Store o Apple App Store. También puedes ir a www.BannerHealth.medrefill.com. Seleccione Banner Family Pharmacy (BFP) – Chandler como la tienda preferida para la entrega a domicilio. A través de la aplicación, puede ver sus recetas, pedir reabastecimientos, transferir recetas y personalizar recordatorios para tomar sus medicamentos y reabastecimientos, o usarla para rastrear entregas.

También puede llamar a nuestro equipo de farmacia 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 a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Por lo general, recibirá un pedido de farmacia de pedidos por correo en no más de 10 días. Si por alguna razón su pedido no puede entregarse en un plazo de 10 días, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Prescripciones nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una prescripción de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea surtir el medicamento inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunice con usted, para informarles qué hacer con la nueva prescripción y evitar demoras en el envío.

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

Resurtidos de prescripciones de pedido por correo. Para reabastecimientos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que crea que se acabarán los medicamentos que tiene a la mano para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de hacerlo. Comuníquese con Banner Family Pharmacy al (844) 747-6441 o en línea al www.BannerHealth.MedRefill.com. También puede descargar nuestra aplicación Banner Rx: Busque “Banner Rx” en la App Store de Apple o en Google Play. Para conseguir una farmacia alternativa de pedido por correo, puede comunicarse con MedImpact Direct Mail Order al (855) -873-8739 o al www.medimpactdirect.com.

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

Si 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 llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos 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 de nuestro plan requiere que solicite un suministro de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedidos por correo.

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

Su prescripción puede estar cubierta en determinadas situaciones.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus prescripciones como miembro de

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos las prescripciones que surta en una farmacia fuera de la red:

- Cubriremos las prescripciones que se surten en una farmacia fuera de la red si están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Si viaja dentro de EE. UU., pero fuera de nuestra área de cobertura, puede enfermarse, perder o quedarse sin medicamentos de prescripción, cubriremos medicamentos que se surtan en una farmacia fuera de la red si una farmacia dentro de ella no está disponible.
- Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red. si no hay una farmacia de la red disponible.

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 están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una dentro de ella.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle al plan que le devuelva el dinero).

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

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

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

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

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

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

Por lo general, cubriremos uno de la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que *ya sea*:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas. (Es decir, la Administración de Alimentos y Drogas ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la que se recetó).
- - *o bien* - Está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX. La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos.

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

Que *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos de prescripción.

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

Sección 3.2	Hay seis “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos
--------------------	---

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1: Genérico preferido (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: Genérico
- Nivel 3: Marca preferida
- Nivel 4: Marca no preferida
- Nivel 5: Genérico preferido (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 6: Medicamentos Select Care (Ciertos medicamentos de copago de \$0)

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

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D*).

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

Tienes 3 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan www.BannerMA.com. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a nuestro 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

En general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

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

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz.

Restricción de medicamentos de patente cuando hay disponible una versión genérica

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

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. A esto se le llama “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener previa aprobación ayuda a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar una droga diferente primero

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, es posible que el plan le solicite 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 ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento al limitar la cantidad que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D

tomar solo una pastilla por día para un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de 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 descritas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, 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 («Plan_Website»).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento de prescripción que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideren que debería tomar, que no esté en nuestro formulario o lo esté con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre su cobertura. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que deba probar primero un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que se cubra el que desea tomar. O puede haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período en particular. En algunos casos, podría pedirnos que renunciemos a la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis niveles de costos compartidos diferentes. La cantidad que

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

paga por su prescripción depende en parte del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que le gustaría.

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que cueste más de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

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

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

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

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- - o - el medicamento que ha estado tomando está **ahora restringido de alguna manera** (La Sección 4 de este capítulo informa sobre las restricciones).

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

2. Debe encontrarse 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 membresía en el plan si fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicamento. Las prescripciones deben surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).

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

Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para 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 residente de un centro de atención a largo plazo, le permitiremos volver a surtir su prescripción hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición para 31 días, de acuerdo con el incremento de dispensación (a menos que tenga una prescripción escrita para menos días). Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una prescripción por menos días) mientras busca una excepción al formulario.

Es posible que deba surtir nuevas prescripciones 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 una estadía en un centro de atención a largo plazo y regresan a la comunidad
- Miembros que son dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos altamente individualizados

Para solicitar un suministro temporal, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

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

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. (Los números de teléfono de nuestro Centro de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puedes pedir una excepción

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

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 dice que hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

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

Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que cree que es demasiado alto, aquí hay algunas acciones que puede tomar:

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

Puede cambiar a otro medicamento

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

Puedes pedir una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 dice que hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

Los medicamentos que están en nuestro Nivel de especialidad 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido de los medicamentos de este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Están disponibles nuevos medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que es ineficaz.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción a 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 seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que 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 ocasiones en las que recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cambios que pueden afectarle 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, 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 avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o quien escribe su prescripción pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

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 retirarse repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se retiró del mercado por otro motivo. Si esto sucede, lo eliminaremos inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
 - Su médico también conocerá este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **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, cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios basados en 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 sí cubramos.
 - O usted o quien escribe su prescripción pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente lo toman: 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 le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- Si ponemos una nueva restricción a su uso del medicamento
- Si agregamos o quitamos medicamentos 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 ni su uso ni lo que

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán y es importante que consulte la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción: Si, tras una apelación, se determina que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 de este folleto).

A continuación, se incluyen tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso alternativo. El “uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento que no sea el que se indique en su etiqueta y que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas.
 - Por lo general, la cobertura para el “uso no indicado en la etiqueta” se permite solo cuando está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare.

- Medicamentos de venta libre (también llamados medicamentos de mostrador)

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

- Medicamentos cuando se usan para promover la fertilidad.
- Medicamentos cuando se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos cuando se usan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones fluoradas
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta

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

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su prescripción, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan parte de los costos de su medicamento de prescripción cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja sus medicamentos.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de miembro?
--

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la prescripción cuando la retire.** (Después puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo pedir reembolsos al plan).

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

Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan?
--------------------	--

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

Favor de tener en cuenta: Cuando ingresa, vive o sale de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este periodo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (Capítulo 10, *Terminar su membresía en el plan*, le informa cuándo puede dejar nuestro plan y unirse a otro plan de Medicare).

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

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

Revise su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos si su prescripción está escrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en su cobertura, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su prescripción es para menos días.

Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 dice que hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos de prescripción a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos de prescripción actual con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la 'cobertura acreditable':

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

Si la cobertura del plan grupal es “acreditable”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de prescripción estándar de Medicare.

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

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, laxante,

Capítulo 5: Usar **la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D**

analgésico o ansiolítico que no esté cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de quien escribe la prescripción o su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o al médico que escribe la prescripción que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o se le dé alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, debe traer documentación a la farmacia para verificar su revocación o su alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D el Capítulo 6 (*Qué paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

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

Realizamos revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a asegurarnos de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que prescribe sus medicamentos.

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

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

Capítulo 5: Usar la cobertura del plan para sus medicamentos de prescripción de la Parte D

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

Sección 10.2	Programa de manejo de la terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	--

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Manejo de la Terapia con Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos de prescripción y de venta libre. Obtendrá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que paga por sus medicamentos
de prescripción de la Parte D*

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	157
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	157
Sección 1.2	Tipos de desembolsos que puede pagar por sus medicamentos cubiertos ..	158
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento	158
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Banner Plus?.....	158
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	159
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)	159
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.....	160
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca (nivel 3) - especializados (nivel 5).....	161
Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta haber pagado \$«PartD_Deductible» por sus medicamentos.....	161
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted la suya.....	162
Sección 5.1	Lo que paga depende del medicamento y de dónde surte su prescripción..	162
Sección 5.2	Una tabla que muestra los costos de un <i>mes</i> de suministro de un medicamento	163
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 para todo el mes.....	164
Sección 5.4	Una tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento.....	165
Sección 5.5	Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los \$«Initial_Coverage_stage_amount».....	166

SECCIÓN 6	Durante la etapa de período sin cobertura, el plan brinda cierta cobertura de medicamentos	167
Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de interrupción de cobertura hasta que sus costos de desembolso personal alcancen los \$«OOP_Threshold_Amount»	167
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso para los medicamentos de prescripción	169
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga más de los costos de sus medicamentos	171
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá ahí por el resto del año	171
SECCIÓN 8	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga	171
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y por el costo de administrársela.....	171
Sección 8.2	Podría llamarnos a nuestro Centro de atención al cliente antes de recibir una vacuna.....	173



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

El programa de “Extra Help” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para más información consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **alguna información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos de prescripción de la Parte D podría aplicarse a usted.**

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus prescripciones y qué reglas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. Aquí hay materiales que explican estos conceptos básicos:

- **Una “Lista de medicamentos cubiertos (formulario)” del plan.** Para simplificar las cosas, la llamamos “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos le indica cuáles están cubiertos para usted.
 - También indica en cuál de los 6 “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en «Plan_Website». La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos de prescripción, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus

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

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

Sección 1.2	Tipos de desembolsos que puede pagar por sus medicamentos cubiertos
--------------------	--

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso por los servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres formas en que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que paga una cantidad fija cada vez que surte una prescripción.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una prescripción.

SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento
------------------	--

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

Como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos de prescripción de la Parte D de Medicare bajo Banner Plus. La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o renovar una receta. Tenga en cuenta que siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D

Nivel 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de brecha de cobertura</i>	Nivel 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos de marca y nivel de especialidad.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$«PartD_Deductible» para sus medicamentos de marca y de nivel de especialidad (\$«PartD_Deductible» es el monto del deducible de su marca y nivel de especialidad).</p> <p>(Los detalles se encuentran 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 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>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) alcancen los \$«Initial_Coverage_stage_amount».</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Por medicamentos genéricos preferidos (nivel 1), usted hace un copago de \$2.00 por 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 Select Care (Nivel 6) no tienen copago.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos de desembolso” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$«OOP_Threshold_Amount».</p> <p>Medicare estableció este monto y las reglas para contabilizar los costos para esta cantidad.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

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

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos de prescripción y los pagos que ha realizado cuando los obtiene o los resurte en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se le llama su costo de **“desembolso”**.
- Realizamos un seguimiento de su **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que desembolsa o que otros pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando surtió una o más prescripciones 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 brinda los detalles de pago de las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información “hasta la fecha”. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamo de medicamentos de prescripción.
- **Prescripciones alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamo de prescripción que pudiera estar disponible.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una prescripción.** Para asegurarse de que sepamos sobre las prescripciones que surte y lo que paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que surta una prescripción.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que en ocasiones pague por medicamentos de prescripción cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus desembolsos. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus desembolsos, puede proporcionarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es podría darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en ellos:

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan como sus desembolsos y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos rastrear sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) en el correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca (nivel 3) - especializados (nivel 5)

Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta haber pagado \$«PartD_Deductible» por sus medicamentos
--------------------	--

La etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$«PartD_Deductible» en medicamentos de marca y especializados. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de marca y especialidad** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su “**costo total**” generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos de prescripción de la Parte D antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$«PartD_Deductible» para sus medicamentos de marca y de especialidad, deja la etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1	Lo que paga depende del medicamento y de dónde surte su prescripción
--------------------	---

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de prescripción cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su prescripción

El plan tiene 6 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1: Genérico preferido (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: Genérico
- Nivel 3: Marca preferida
- Nivel 4: Marca no preferida
- Nivel 5: Genérico preferido (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 6: Medicamentos Select Care (Ciertos medicamentos de copago de \$0)

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

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista que esté en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de pedidos por correo del plan

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

Sección 5.2 Una tabla que muestra los costos de un mes de suministro 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 una cantidad fija cada vez que surte una prescripción.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una prescripción.

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

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que se indica en la tabla, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.
- Cubrimos recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una prescripción que se surte en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento de prescripción cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar en establecimientos minoristas (dentro de la red) (Hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido del cuidado a largo plazo (LTC) (Hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (Hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$2.00	Copago de \$2.00	Copago de \$2.00
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$12.00	Copago de \$12.00	Copago de \$12.00

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D

Nivel	Costo compartido estándar en establecimientos minoristas (dentro de la red) (Hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido del cuidado a largo plazo (LTC) (Hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles). (Hasta un suministro de 31 días)
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47.00	Copago de \$47.00	Copago de \$47.00
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$100.00	Copago de \$100.00	Copago de \$100.00
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	Coseguro de 29%	Coseguro de 29%	Coseguro de 29%
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención seleccionada)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

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 para todo el mes

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento de prescripción cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Podría haber ocasiones en que le pida a su médico que le prescriba un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando va a probar un medicamento por primera vez y que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, no tendrá que pagar por el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.

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

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D

- Si es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, la *cantidad* lo que pague será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
 - He aquí un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 31 días) es de \$31. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro para menos de un mes completo de uno o varios medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento de diferentes recetas para que pueda hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que pague dependerá del suministro de días que reciba.

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

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

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

- Tenga en cuenta: Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que se indica en la tabla, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D
Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento de prescripción cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar en establecimientos minoristas (dentro de la red) (Hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (Suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$6.00	Copago de \$4.00
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$36.00	Copago de \$24.00
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$141.00	Copago de \$141.00
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$300.00	Copago de \$300.00
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	N/A	N/A
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos selectos de atención)	Copago de \$0	Copago de \$0

Sección 5.5 **Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los \$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.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D

El costo total de su medicamento se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que haya obtenido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus desembolsos). Esto incluye:
 - El monto total que pagó cuando estaba en la etapa de deducible, que es \$150
 - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial
- **Que pagó el plan** como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier tiempo durante 2021, la cantidad que ese plan pagó durante la etapa de cobertura inicial también cuenta para el costo total de sus medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Mucha gente no llega al límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,130. Si alcanza esta cantidad, saldrá de la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de período sin cobertura, el plan brinda cierta cobertura de medicamentos

Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de interrupción de cobertura hasta que sus costos de desembolso personal alcancen los \$6,550
--------------------	--

Cuando se encuentra en la etapa de período sin cobertura, el Programa de descuentos por período sin cobertura de Medicare le ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de desembolso personal como si los hubiera pagado y lo mueven a través 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.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D

Continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca, genéricos preferidos y medicamentos selectos de atención y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus desembolsos anuales alcancen la cantidad máxima que establece Medicare. En 2021, esa cantidad es \$6,550.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* como sus desembolsos. Cuando alcanza un límite de desembolso personal de \$6,550, abandona la etapa de período sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso para los medicamentos de prescripción
--------------------	---

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los desembolsos realizados por sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus desembolsos

*Cuando sume sus desembolsos, **puede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean por medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):*

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa del deducible
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa de brecha de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de prescripción de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus desembolsos.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan **otras personas u organizaciones determinadas** en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el programa “Extra Help” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos.

Pase a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$6,550 de desembolso personal dentro del año calendario, pasará de la etapa de período sin cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus desembolsos

Cuando suma sus desembolsos, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos de prescripción:

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compre fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos de prescripción cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos no incluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el período sin cobertura
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Veterans Affairs
- Pagos por sus medicamentos que realice por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de prescripción (por ejemplo, compensación laboral)

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se enumeran anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus desembolsos personales por medicamentos, debe informar a nuestro plan. Llame a nuestro Centro de atención al cliente para avisarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus desembolsos?

- **Le ayudaremos.** El informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso personal (la Sección 3 de este capítulo informa sobre este informe). Cuando alcanza un total de \$6,550 en los costos de desembolso personal del año, este informe le indicará que ha salido de la etapa de período sin cobertura y han pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga más de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá ahí por el resto del año
--------------------	---

Usted califica para la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso alcanzan el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

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

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

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y por el costo de administrársela.
--------------------	--

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

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento de prescripción.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. (A esto a veces se le llama la “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. El tipo de vacuna (para qué se le está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga)*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**3. Quién le pone la vacuna.**

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

- A veces, cuando le vacunen, tendrá que pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna su administración. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o le vacunan, pagará solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona esto, aquí hay tres formas comunes en las que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde, para algunas vacunas, usted es responsable de todos los costos asociados con esta (incluida su administración) durante la etapa de deducible.

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

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

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto que cobró el médico por administrar la vacuna.

Sección 8.2	Podría llamarnos a nuestro Centro de atención al cliente antes de recibir una vacuna
--------------------	---

Las reglas de cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que primero nos llame a nuestro Centro de atención al cliente cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de nuestro Centro de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajo su propio costo al utilizar proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte 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	176
Sección 1.1	Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	176
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió	178
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	178
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	179
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos	179
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	179
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	180
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear sus desembolsos por medicamentos	180

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga 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 el monto 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 esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya 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.

Tenga en cuenta: Si bien puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A excepción de la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba.

Capítulo 7: Solicitarnos **que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

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”. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e 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 están impresos 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 para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 un reembolso. 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 recibí

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
Tucson, AZ 85756

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 365 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos 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 diremos sí o no

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le 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 de prescripción 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 el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si va a presentar una apelación por primera vez, le resultará útil comenzar

Capítulo 7: Solicitarnos **que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

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 medicamento, 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. Sino que 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.

Tenga 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.

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.
- **Tenga 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 ayudarlo 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.....	184
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.)	184
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.	184
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	185
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	185
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	186
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	188
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	190
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que le tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?.....	190
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	191
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	191
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	191

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 apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una forma que sea adecuada para 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

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 a nuestro Centro de atención al cliente para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (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 una derivación.

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. Protegemos su información médica personal según lo exigen 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.

- 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 de prescripción 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.

- **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 de prescripción 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 alguna pregunta sobre las reglas o restricciones, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos 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).

- 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:

- 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 consigo.
- 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 directiva 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 el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar 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 el Capítulo 2, Sección 3.
- 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 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **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 de prescripción de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos de prescripción 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**” 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 de prescripción de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarle 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. Esto será un copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo total). 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 de prescripción 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 del monto restante.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no cubra nuestro plan u otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.

- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a que sus ingresos son más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe pagar el monto 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). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el 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 un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1	Introducción.....	198
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	198
Sección 1.2	¿Qué pasa con los términos legales?	198
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros	199
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	199
SECCIÓN 3	Para resolver su problema, ¿qué proceso debería utilizar?.....	200
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería utilizar el proceso para presentar reclamos?.....	200
Sección 4	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones?.....	200
Sección 4.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general	200
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	202
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?	203
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	203
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.....	203
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)	205
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)	209
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2.....	212
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?	215

SECCIÓN 6	Sus medicamentos de prescripción de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	216
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.....	216
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	218
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones	220
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	221
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)	224
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	228
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.	230
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	230
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital	232
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	235
Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?.....	236
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.	239
Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo sobre tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</i>	239
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	240
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	241
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	243
Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?.....	244

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 9	Llevar su apelación al nivel 3 y más allá	247
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	247
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D	249
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.	250
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se manejan mediante el proceso de reclamos?	250
Sección 10.2	El nombre formal es “presentar un reclamo”	252
Sección 10.3	Paso a paso: Realización de un reclamo	253
Sección 10.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad	255
Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su reclamo	255

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 reclamos?
--------------------	--

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específicos, **EMPIECE AQUÍ**

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos de prescripción 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 de prescripción).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o 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 beneficios o cobertura.

Salte a **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA

Sección 4 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y 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 un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

proceso que utiliza para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que se cubre.

Solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Hacer una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, deberá solicitar una apelación de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, posiblemente pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Le gustaría obtener algo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Centro de atención al cliente** (los números de teléfono están impresos 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 hacer una solicitud en su nombre.**
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - Para los medicamentos de prescripción de la Parte D, su médico u otra persona autorizada para hacer prescripciones pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico o la otra persona autorizada para hacer prescripciones debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté autorizado legalmente para actuar como su representante bajo la ley estatal.

Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “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 nuestro sitio web en www.BannerMA.com.) El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que le represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su asociación de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, 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 de prescripción de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto tiene los números de teléfono de 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.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención, tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos,

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

así como medicamentos de prescripción 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 de prescripción 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 recibe determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta.
4. Ha recibido y pagado la atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar un reembolso a nuestro plan.
5. Se le informó se reducirá o suspenderá la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente, y cree que al hacerlo podría dañar su salud.

- **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Sección 7 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que cubramos una estadia hospitalaria más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata solo sobre tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
- Para *todas las demás* situaciones que impliquen que le digan que se interrumpirá la atención médica que ha estado recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

Capítulo 9: **Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puedes hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por 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.	Puedes hacer un apelación . (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos). Avance a Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea solicitarnos un reembolso por la atención médica que ya recibió y pagó.	Puedes enviarnos la factura. Avance a Sección 5.5 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”**.

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

Paso 1: Pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, utilizamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión.

Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días naturales** posteriores a la recepción de su solicitud de **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en un plazo de **72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Sin embargo, para una solicitud de **un artículo o servicio médico**, podemos **tomarnos hasta 14 días naturales** más si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare.
- Si crees que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
 - Sin embargo, para una solicitud de **un artículo o servicio médico**, podemos tomarnos hasta **14 días naturales** más si nos damos cuenta de que falta alguna información que pueda beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos más días se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare.
 - Si crees que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos 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 con dos requisitos:**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita cobertura de atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de los plazos estándar *causa daños graves a su salud o dañan su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que se la demos.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo diga (y en su lugar usaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la daremos.
 - La carta también le informará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la 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”

- En general, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días naturales más bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare.
 - Si crees que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta 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).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período), o en un plazo de 24 horas si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelación. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de la razón de esta negativa.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- En general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta en un **plazo de 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en **un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales (“un período extendido”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare.
 - Si crees que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta 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 de prescripción de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelación. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **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 solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama “reconsideración” del plan.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere de una respuesta rápida, debe pedir una “**apelación rápida**”

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier fin relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando hace una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, hágala por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación si nos llama al teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando hace una apelación sobre su atención médica.*).
 - Si alguien que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarle. (Para obtener el formulario, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos 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 completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión), se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explicará su derecho a solicitar a la Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si está pidiendo una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos** al número telefónico que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica.*).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días naturales** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo del retraso de su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copias y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud si nos llama)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “Reconsideración acelerada” .

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún 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 para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, automáticamente aceptaremos darle una.

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 de atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud de un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días naturales** posteriores a la recepción de su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días naturales** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos tomarnos más días para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare.
 - Si crees que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 30 días naturales si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días naturales** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, su caso automáticamente se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso, 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 para su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se le llama “**IRE**” (por sus siglas en inglés)

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

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

es un organismo gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para manejar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente de caso”. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso. Se nos permite cobrarle una tarifa por copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días naturales** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamentos de prescripción de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días naturales** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **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** o
 - 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 acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de prescripción de la Parte B de Medicare, 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
 - **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) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (A esto se le llama “mantener la decisión”. También se le llama “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 solicita debe alcanzar un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar 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 desea solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicítarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por 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.

Solicitar un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

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, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*). También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para la atención médica (estas reglas se encuentran en el Capítulo 3 de este folleto: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por la atención médica que recibió en un plazo de 60 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud. O, si no ha pagado por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir *sí* a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos los servicios y los motivos en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir *no* a 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, **puede hacer una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Vaya a esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa 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 naturales.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos de prescripción 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
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos de prescripción. Consulte la “*Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*” de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o respaldado 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 detalles sobre lo que entendemos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones de cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para*

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

sus medicamentos de prescripción de la Parte D) y el Capítulo 6 (Lo que paga por sus medicamentos de prescripción de la Parte D).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se habló en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “ Determinación de cobertura ”.

A continuación, se muestran ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
 - Solicitarnos que eliminemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
 - Solicitar pagar una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos 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 requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo por usted).
 - *Tenga 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 solicita que paguemos un medicamento de prescripción que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección les dice cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el siguiente cuadro para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puedes hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.	Puedes pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Inicie con la Sección 6.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos una decisión de cobertura. Avance a Sección 6.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos que le reembolsemos. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Avance a Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted desea.	Puedes hacer un apelación. (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos). Avance a Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otra persona autorizada para hacer prescripciones deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Luego, consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona quien emite la prescripción pueden solicitarnos:

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.** (La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales

A veces, solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista se denomina “ 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 una excepción al monto del copago o coseguro que se le exige que pague 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 el Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “ excepción al formulario ”.

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *Estar obligado a utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - *Que se le exija probar primero una droga diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad* Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los 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 informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otra persona que hace la prescripción cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de uno para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud de 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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto se aplica siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que éste continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión al presentar una apelación. La Sección 6.5 de este capítulo explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Empiece por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que hace la prescripción) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para ver los detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de prescripción de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos un medicamento, vaya a la sección llamada *Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que pagemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido*.
- **Usted o su médico u otra persona que actúe en su nombre** puede solicitar 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 pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos el reembolso de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Solicitarnos que pagemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que pagó.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar prescripciones deben darnos las razones médicas de la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto lo llamamos el “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otra persona autorizada para emitir recetas pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento al enviar por fax o por correo una declaración escrita si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 de este capítulo para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación acelerada de cobertura ”.

- Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 24 horas después de la recepción de la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita *un medicamento que aún no ha recibido*. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró.
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de los plazos estándar *causa daños graves a su salud o dañan su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otra persona que emite la prescripción nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otra persona que prescribe) decidiremos si su salud requiere que se la demos.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo diga (y en su lugar usaremos los plazos estándar).
- Esta carta le informará que si su médico o persona que prescribe solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la daremos.
- La carta también le informará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la rápida que solicitó. Le informa cómo presentar un reclamo “rápido”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción del reclamo. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará por 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.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde 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. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará por 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.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde 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. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará por 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.
- **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 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. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
(Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “redeterminación” del plan.

Paso 1: Puede comunicarse con nosotros para su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere de una respuesta rápida, debe pedir una “**apelación rápida**”

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro que emite la receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web para cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando hace una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, hágala enviando una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días naturales** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, posiblemente le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copias y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico o la otra persona que haga la prescripción pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “ Redeterminación acelerada ”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la otra persona que prescribe deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” de la Sección 6.4 de este capítulo.

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 reglas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona que prescribe para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará por 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 nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos brindar dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique la razón de esta negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días naturales** posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento que no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días naturales, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará por 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 nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días naturales** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique la razón de esta negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días naturales, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará por 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.
- **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. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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 elige si acepta esta decisión o continuará con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continuará con otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se le llama “**IRE**” (por sus siglas en inglés)

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 de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la organización de revisión independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente de caso”. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso. Se nos permite cobrarle una tarifa por copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar 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 contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para la 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”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en 24 horas** después de recibir la decisión.

Plazos para la apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación **en un plazo de 7 días naturales** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le devolvamos el dinero por 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 naturales** después de recibir su solicitud.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o todo lo que solicitó:**
 - Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por ella en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
 - Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le llama “mantener la decisión”. También se le llama “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 del medicamento que solicita debe alcanzar un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación 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 apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**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 se rechaza su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide hacer una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por 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 ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que saldrá de ahí. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día que sale del hospital se llama su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que se le pide que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarlo.

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 su estadía en el hospital cubierta, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe el aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

1. Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende. Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y su derecho a saber quién la pagará.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme 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 demuestra *solamente* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no da su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firma del aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso para tener a la mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de salida del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para 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 También puedes 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 solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debes actuar con rapidez.

¿Qué es la organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad en la atención que se les da a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad *antes de* salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha fijada para que deje el hospital).
 - Si cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital. *después* su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión sobre su apelación de la organización para la mejora de la calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4 de este capítulo.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la organización para la mejora de la calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que le está pidiendo a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se llama “revisión inmediata” o una “revisión acelerada”.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante este análisis?

- Los profesionales de la salud de la organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les proporcionemos.
- Para el mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan de su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le indicará su fecha de alta planificada y explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se llama “**Aviso detallado de 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 al 1-877-486-2048 O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la organización para la mejora de la calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice *sí* a su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios para paciente interno mientras sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice *no* a su apelación, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto pasa, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios como paciente interno terminarán** al mediodía del día *después* de que la organización para la mejora de la calidad dé una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión dice *no* a su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **posiblemente deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará 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 permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente 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 su estadía después de la fecha de alta programada.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se comunica con la organización para la mejora de la calidad nuevamente y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días naturales** después del día en que la organización para la mejora de la calidad dijo *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización de revisión de la calidad examinarán de nuevo detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la organización para la mejora de la calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria como paciente interno durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

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 si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el nivel 2 su apelación 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 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En su lugar, puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y no después de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Términos legales**

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

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 estadía en el hospital. Verificamos para ver si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle la 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 estamos de acuerdo con usted en que aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta y continuaremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces es **posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de esta fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que pasará 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 cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se le llama “ IRE ” (por sus siglas en inglés)

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para manejar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice *si* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización de revisión dice *no* a su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros de que su fecha de alta del hospital era médicamente adecuada.
 - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al Nivel 3 de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

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, puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra 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	<i>Esta sección trata solo sobre tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</i>
--------------------	--

Esta sección trata *solamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica domiciliaria** que esté recibiendo
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de instalación, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar* nuestra parte del costo *para su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección les dice cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

- 1. Recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
 - El aviso escrito le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - El aviso escrito también le informa lo que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finaliza su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso escrito le indica cómo puede solicitar una **“apelación por vía rápida”**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).

El aviso escrito se llama **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 5.2 le indica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso demuestra *solamente* que recibió la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmar no significa que está de acuerdo** con el plan de que es hora 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 solicitarnos que cubramos su atención por un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debes actuar con rapidez.

¿Qué es la organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de la salud que paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación por vía rápida” (para realizar una revisión independiente) de si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. 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 este análisis?

- Los profesionales de la salud de la organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros les proporcionemos.
- Al final del día, los revisores nos informarán de su apelación, y también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación se llama “ Explicación detallada de la 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 dicen que sí a su apelación?

- Si los revisores dicen sí a su apelación, debemos **seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si los revisores dicen que no a su apelación?

- Si los revisores dicen *no* a su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* esta fecha en que finaliza su cobertura entonces **tendrá que pagar el costo total** usted mismo.

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 dicen *No* a su Apelación de Nivel 1, y decide continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura; entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará 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 rechazó su apelación, y elige seguir recibiendo atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente 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 su atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se comunica con la organización para la mejora de la calidad nuevamente y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la organización para la mejora de la calidad dijo *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización de revisión de la calidad examinarán de nuevo detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 para un total de cinco niveles. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el nivel 2 su apelación 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 8.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En su lugar, puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en uno o dos días como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos de nuevo toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle la 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 estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos brindándoselos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si sigue recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes

ambulatorios (CORF) *después* esta fecha en que finaliza su cobertura entonces **tendrá que pagar el costo total** usted mismo.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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 cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se le llama “ IRE ” (por sus siglas en inglés)

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para manejar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos 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 no la cambiarán.
 - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al Nivel 3 de apelación.

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 para un total de cinco niveles. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir si aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra. En el Nivel 2 su apelación 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 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 presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador quien trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice aceptan a su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no* acabarse**, decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días naturales posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador no acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador no acepta su apelación, el aviso que reciba le dirá qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es , positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.** 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 brindarle el servicio en un plazo de 60 días naturales posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez en el **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso para el proceso de apelación.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días naturales** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador no acepta

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

su apelación, el aviso que reciba le dirá qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días naturales** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisión, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez en el Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso para el proceso de apelación.

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, necesita usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se manejan mediante el proceso de reclamos?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se ofrecen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de reclamos.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con la forma en que nuestro Centro de atención al cliente lo ha tratado? • ¿Siente que se le anima a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? ¿O nuestro Centro de atención al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, para obtener una receta o en la sala de exámenes.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a dar? • ¿Cree que la información escrita que le hemos proporcionado es difícil de entender?

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
<p>Puntualidad (Todos estos tipos de reclamos se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en secciones anteriores de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no le respondemos con la suficiente rapidez, también puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. He aquí algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos pidió que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le decimos que no, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos de una decisión a tiempo, se nos requiere que enviemos su caso a la organización de revisión independiente. Si no hacemos eso dentro del plazo requerido, puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 El nombre formal es “presentar un reclamo”

Términos legales

- Lo que esta sección llama “**reclamo**” también se llama “**queja**”.
- Otro término de “**presentar un reclamo**” es “**presentar una queja**”.
- Otra forma de decir “**uso del proceso de reclamo**” es “**uso del proceso para presentar una queja**”

Sección 10.3 Paso a paso: Realización de un reclamo**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, Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. Los usuarios de TTY deben llamar 711.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviarlo.** Si presenta su reclamo por escrito, responderemos por escrito.
- Tiene derecho a presentar un reclamo si tiene un problema o inquietud que no sea uno que involucre una determinación desfavorable sobre el pago o autorización de servicios o suministros (aparte de una determinación de cobertura o una determinación de organización). Si tiene preguntas sobre este proceso o desea presentar un reclamo, comuníquese con nosotros. Puede presentar la solicitud en persona, por teléfono o por escrito. Nuestra información de contacto es:

Banner Plus
Attn: Grievance & Appeals
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Centro de atención al cliente: (844) 549-1859 Los usuarios de TTY deben llamar al 711
(866) 465-8340 (Fax)

BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com

El horario de atención es de 8 am a 8 pm, 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 sobre la necesidad de la extensión de 14 días, el motivo de la extensión y cómo esto es en su mejor interés, y las instrucciones sobre cómo presentar un reclamo “rápido” o acelerado 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.

Tiene dos opciones para presentar un reclamo sobre la calidad de la 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:

Livanta BFCC-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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.** El reclamo debe presentarse en un plazo de 60 días naturales posteriores a la aparición del problema por el que desea presentar el reclamo.
- **Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos un reclamo “rápido”.** Si tiene un reclamo “rápido”, significa que le daremos una respuesta en 24 horas.

Términos legales

Lo que esta sección llama un “reclamo rápido” también se llama “queja rápida”.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con un reclamo, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su reclamo. Si decidimos tomarnos más días se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su reclamo o no nos hacemos responsable del problema por el que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con el reclamo.

Sección 10.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad
---------------------	--

Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso que se describe anteriormente.

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **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 que paga el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si presenta un reclamo a esta organización, trabajaremos con ellos para resolverlo.
- **O puede presentarlo a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad

Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su reclamo
---------------------	---

Puede enviar un reclamo sobre Banner Plus directamente a Medicare. Para enviar un reclamo Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamos y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.

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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Terminar su membresía en el plan

Capítulo 10: Terminar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	258
Sección 1.1	Este capítulo se centra en finalizar su membresía en nuestro plan	258
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede terminar su membresía con el plan?	258
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual.....	258
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	259
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial.....	260
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?	261
SECCIÓN 3	¿Cómo termina su membresía con nuestro plan?	261
Sección 3.1	Por lo general, cancela su membresía al inscribirse en otro plan.....	261
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	263
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, seguirá siendo miembro de nuestro plan	263
SECCIÓN 5	Banner Plus debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	264
Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su membresía con el plan?.....	264
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	265
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan	265

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en finalizar su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Terminar su membresía en Banner Plus puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no es su propia elección):

- Podrías dejar nuestro plan porque decidió que *desea* salir.
 - Solo hay ciertos tiempos durante el año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le explica cuándo puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La sección 3 le dice *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige irse, pero estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nosotros hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía con el plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas 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 otras épocas del año.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual (también conocido como el “período de inscripción abierta anual”). Esta es la época en el que debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el periodo de inscripción anual?** Esto ocurre del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para

el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos de prescripción o uno que no los cubra).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado
- *o* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado.

Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de prescripción: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos de prescripción durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de prescripción de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía finalizará 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
--------------------	--

Tienes la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?**
Esto ocurre cada año del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos de prescripción o uno que no los cubra).
 - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su

solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de prescripción 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 ciertas situaciones, los miembros de Banner Plus también pueden ser elegible para terminar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Normalmente, cuando se muda
 - Si tiene AHCCCS (Medicaid)
 - Si es elegible para “Extra Help” para pagar sus prescripciones de Medicare
 - Si infringimos nuestro contrato con usted
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿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 de Medicare como su cobertura de medicamentos de prescripción. 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 de prescripción o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado
 - *o bien* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado.

Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de prescripción: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos de

prescripción durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de prescripción de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará generalmente el primer día del mes después de recibir su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener 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 y usted 2021*.
 - Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare lo reciben un mes después de registrarse por primera vez.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa si llama a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina su membresía con nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, cancela su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas en las que puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos 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">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. 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 de medicamentos de prescripción de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de prescripción de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Banner Plus se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo 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 de medicamentos de prescripción de Medicare por separado.<ul style="list-style-type: none">○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de prescripción de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos de prescripción, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).• También 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• Se cancelará su inscripción en Banner Plus cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, seguirá 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 continuar recibiendo su atención médica y medicamentos de prescripción a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para surtir sus prescripciones hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos de prescripción solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluso a través de 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 terminar su membresía con 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 de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a nuestro Centro de atención al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de nuestro Centro de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si no es ciudadano de Estados Unidos o no se encuentra legalmente en Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que brinde cobertura de medicamentos de prescripción
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera perturbadora y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos de prescripción.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

Banner Plus no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

Qué debería hacer si esto sucede?

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. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar 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 la ley vigente	268
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	268
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	268

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que le protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** basado en raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o en su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, comuníquese con nuestro Centro de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, nuestro Centro de atención al cliente puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Banner Plus, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplaza cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de Cirugía Ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieran hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no exceda las 24 horas.

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 algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos de prescripción o el pago de 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 del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Banner Plus, solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe 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). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento de prescripción fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el 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.

Etapa 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 calificadas en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): el organismo federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: un monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Monto máximo combinado de desembolsos: este es el monto 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.

Reclamo: el nombre formal es “presentar un reclamo” El proceso de reclamos se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORP): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del 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 debe pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. Esto se suma a la prima mensual del plan. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de “copago” fijo que requiera un plan cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento 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 el monto, si corresponde, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su prescripción a una farmacia y esta le informa que la prescripción 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 explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos de prescripción 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 de prescripción: cobertura de medicamentos de prescripción (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos de prescripción 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 responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y 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.

Deducible: el monto que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelación o Baja: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

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.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y AHCCCS (Medicaid).

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos solicitados por su doctor por motivos médicos. 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 promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: los servicios que son: (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 decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel) . También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Extra Help: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

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 tan bien como el medicamento de marca y cuesta menos.

Queja: un tipo de queja que hace sobre nosotros o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamos no involucra disputas de pago ni cobertura.

Asistente de salud en el hogar: un asistente de salud en el hogar brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado

personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Hospicio: un miembro que tenga 6 meses o menos de vida 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. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”.

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 el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

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 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 Institucional de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés): un plan de necesidades especiales que inscribe a las personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Estas instalaciones de LTC pueden incluir una instalación 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 utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del estado respectivo y administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a las personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado, si es necesario, para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “lista de medicamentos”): una lista de medicamentos de prescripción cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y 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 el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con AHCCCS (Medicaid) en su estado.

Indicación médicamente aceptada: es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un 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 de prescripción 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 Medicare Parte C. Un plan que ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan con Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todos los 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 “Extra Help”. 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).

Cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos de prescripción 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 de 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: 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 contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus prescripciones están cubiertas solamente si se obtienen una de las farmacias de nuestra 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 la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): el gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de 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 de desembolso: vea la definición de "participación de gastos" de arriba. Un requerimiento de participación de gastos de un miembro para pagar una porción de servicios o medicamentos recibidos se conoce también como requerimientos de desembolso de gastos del miembro.

Parte C: consulte el “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos de prescripción de Medicare. (Para facilitar la referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos de prescripción como Parte D.)

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. (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 de prescripción 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 de prescripción, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde “Extra Help”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez ha pasado 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos de prescripción.

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 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, una compañía de seguros o un plan de atención médica por medicamentos de prescripción o de salud.

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 derivarlo 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: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. 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 medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra “autorización previa”. 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.

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.

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.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de forma continua y diaria en un centro 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), que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

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 proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o accesibles temporalmente.

Centro de atención al cliente de Banner Plus

Método	Centro de atención al cliente: información de contacto
LLAME	(844) 549-1859 Las llamadas a este número son gratis. Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. Nuestro Centro de atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
ESCRIBA	Banner Plus Attn: Customer Care 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Departamento de Seguridad Económica de Arizona, Administración de Adultos y Ancianos, Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado de Arizona (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	Teléfono local (602) 542-4446 Línea directa estatal (800) 432-4040 (dejar mensaje)
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	Arizona SHIP 1789 W. Jefferson St. Site Code 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

Declaración de divulgación de PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. 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.