

 **Banner**
Medicare Advantage

2021

Evidencia de Cobertura

Maricopa | Pinal



Banner Medicare Advantage Prime HMO

1 de enero – 31 de diciembre de 2021

Evidencia de Cobertura:

Su Cobertura de Beneficios de Salud, Servicios y Medicamentos Recetados de Medicare como miembro de Banner Medicare Advantage Prime HMO

Este folleto le brinda los detalles de su cobertura de Medicare y para medicamentos recetados entre el 1 de enero y el viernes, 31 de diciembre de 2021. Este explica cómo obtener cobertura para los servicios de cuidado de salud y medicamentos recetados que necesita. **Se trata de un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Banner Prime, es ofrecido por Banner Health Plan, Inc. ((Cuando la presente *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros” o “nuestro”, se refiere a Banner Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Banner Prime).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Por favor comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1857 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame al número de nuestro Centro de atención al cliente al (844) 549-1857 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/coaseguros pueden variar desde el sábado, 1 de enero de 2022.

El formulario, la red de farmacias y/o proveedores pueden cambiar periódicamente. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Banner Medicare Advantage Prime HMO cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables, y no discrimina en base a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (844) 549-1857 (TTY: 711).

H5843_EOC001CY21_C CMS File & Use 9/25/2020

Evidencia de Cobertura 2021**Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para información adicional sobre el tema que le interesa, lea la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Su inicio como miembro como miembro..... 4

Explica qué significa tener un plan de seguro médico de Medicare y cómo utilizar este folleto. Le indica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía a la Parte D, su tarjeta de afiliación del plan y cómo mantener su registro de afiliación actualizado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 22

Le informa cómo comunicarse con nuestro plan (Banner Prime HMO) y con otras organizaciones, entre ellas Medicare, el Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP), la Organización de Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de salud estatal para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

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

Explica conceptos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted) 60

Incluye información detallada sobre los tipos de atención médica cubiertos y *no* cubiertos que usted obtiene como miembro de nuestro plan. Indica el monto que abonará como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 108

Explica las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* para saber qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones a las que está sujeta la cobertura de determinados medicamentos. Especifica dónde puede adquirir sus recetas. Contiene información sobre los programas del plan sobre seguridad y manejo de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 130

Informa sobre las 4 etapas de cobertura de medicamentos (*Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Transición de Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica*) y cómo afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los 6 niveles de gastos compartidos de sus medicamentos de la Parte D e indica lo que debe pagar por un medicamento en cada uno de dichos niveles.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 165

Indica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desee pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades.....173

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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)..... 185

Le indica paso a paso qué hacer si tiene algún problema o inquietud 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 recetados que a su criterio están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos hacer excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales de su cobertura de los medicamentos recetados, así como solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos, si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo realizar los reclamos acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicios para Miembros y otras inquietudes.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan de su membresía en el plan 224

Explica cuándo y cómo puede finalizar su afiliación al plan. Explica las situaciones en las cuales nuestro plan está obligado a finalizar su afiliación.

Índice

Capítulo 11. Avisos legales 233

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes de palabras importantes 236

Explica los términos clave utilizados en el presente folleto.

CAPÍTULO 1

Su inicio como miembro

Capítulo 1. Su inicio como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Banner Prime, que es una HMO 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>	8
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?.....	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué son las Partes A y B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	Este es el área de cobertura de Banner Prime	9
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense y residencia 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 recetados cubiertos	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía para las farmacias de nuestra red	11
Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (formulario)</i> del plan	12
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Banner Prime.....	13
Sección 4.1	¿De cuánto es la prima de su plan?	13
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?	16
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	¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	17
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.....	18
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 una cantidad 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 pagar un monto adicional de la Parte D?	19
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D?	20
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 Usted está inscrito en Banner Prime, un Plan Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Banner Prime.

Existen diferentes tipos de planes de seguro médico de Medicare. Banner Prime es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud), aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificante (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de La Ley de Protección al Paciente y Atención de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Renta Interna (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

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

El presente folleto *Evidencia de Cobertura* le informa cómo obtener la atención médica y los medicamentos recetados de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto le explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y cuánto paga usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos recetados que están disponibles para usted como miembro de Banner Prime.

Es importante que conozca cuáles son las reglas y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para familiarizarse con este folleto *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio 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

La presente *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y se relaciona con la forma en que Banner Prime cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte acerca de cambios a su cobertura o condiciones que puedan afectarla. Estos avisos a veces se llaman “anexos” o “modificaciones”.

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

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Banner Prime 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 viernes, 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Banner Prime todos los años. Usted puede seguir con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si nosotros decidimos continuar ofreciéndolo y Medicare renueva su aprobación del mismo.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto Parte A de Medicare como Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le explica acerca de Parte A de Medicare y Parte B de Medicare)
- -- y -- Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 describe nuestra área de servicio)
- -- y -- usted es un ciudadano de los Estados Unidos o reside legalmente en los Estados Unidos

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

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

- Por lo general, la Parte A de Medicare cubre los servicios prestados por hospitales (por servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare se utiliza mayormente para el resto de los servicios médicos (como los servicios de un médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios ambulatorios) y para ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos (EMD)).

Sección 2.3 Descripción del área de servicio del plan para Banner Prime

Aunque Medicare es un programa federal, Banner Prime está disponible solo para individuos que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para mantenerse como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye these counties en Arizona: Maricopa, Pinal

Si tiene planes de mudarse fuera del área de servicio, por favor, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando usted se mude, tendrá un Periodo 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 nuevo lugar de residencia.

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

Sección 2.4 Ciudadano de los EE.UU. o residencia legal

Un miembro de un plan médico de Medicare debe ser un ciudadano de los EE.UU. o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Banner Prime si usted no califica para seguir siendo un miembro bajo este criterio. Banner Prime debe desafiliarlo si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirán de nosotros?

Sección 3.1 La tarjeta de membresía de su plan: utilícela para obtener toda la atención médica y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba servicios cubiertos por dicho plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de AHCCCS (Medicaid)

al proveedor, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de afiliación para que sepa qué aspecto tendrá 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 Prime, 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 que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí verá por qué esto es tan importante: Si usted recibe servicios cubiertos utilizando su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul en lugar de su tarjeta de membresía de Banner Prime mientras usted es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total usted mismo.

En caso de daños, extravío o robo de su tarjeta de membresía, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono para comunicarse con el Centro de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El Directorio de proveedores: Su guía para conocer toda la red de proveedores del plan

El *Directorio de Proveedores* incluye una lista de los proveedores y farmacias 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 otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores para que presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.BannerMA.com.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red dado que, salvo excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios. Las únicas excepciones son emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área, y aquellos casos en los cuales Banner Prime autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para información más específica sobre emergencias, cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede solicitarle al Centro de Atención al Cliente más información sobre nuestros proveedores de la red, incluso sus calificaciones. Además, puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.BannerMA.com, o descargarlo de este sitio web. Tanto el Centro de Atención al Cliente como el sitio web le pueden proporcionar la información más actualizada acerca de los cambios en nuestra red de proveedores.

Sección 3.3 *Directorio de Farmacias: Su guía de farmacias de nuestra red*

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado proveer los medicamentos con receta cubiertos a nuestros miembros del plan.

¿Por qué debe saber cuáles son las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Farmacias* para ubicar la farmacia de la red que desea usar. Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de Farmacias actualizado está disponible en nuestro sitio web en www.BannerMA.com. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada de proveedores y para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias por correo. **Consulte el Directorio de Farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede

comunicarse en cualquier momento con el Centro de Atención al Cliente para recibir información actualizada sobre las modificaciones 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. Describe qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Banner Prime. Los medicamentos en 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 Prime.

En la Lista de Medicamentos también se indica 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 los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.BannerMA.com) o comunicarse con el 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 con receta de la Parte D

Cuando usted utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos con receta estipulados en la Parte D. Este informe resumen se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la “Parte D EOB”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que ha gastado, u otros en su nombre, en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado nosotros por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda mayor información sobre la *Explicación de Beneficios* y la forma en que puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También podemos enviarle, a solicitud, un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, por favor, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Banner Prime

Sección 4.1	¿Cuánto es su prima del plan?
--------------------	--------------------------------------

Usted no paga una prima mensual por separado del plan por Banner Primer. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B (a menos que su prima de la Parte B la cubra AHCCCS (Medicaid) o un tercero).

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

El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 le ofrece más detalles sobre este programa. Si usted califica, inscribirse en el programa podría reducir sus primas mensuales del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de este programa, **puede que la información sobre las primas detallada en esta *Evidencia de Cobertura* no corresponda a su caso.**

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

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

- Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios suplementarios opcionales”, entonces paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta sobre las primas de su plan, llame a 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. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 (*Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede comprar*) para obtener más información. La prima de esta cobertura opcional es de \$ 20.20 por mes.
- Algunos afiliados deberán pagar una **multa por inscripción tardía** debido a que no se unieron a un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que reunieron los requisitos o porque tuvieron un período igual o superior a 63 días consecutivos sin cobertura “acreditable” de cobertura de medicamentos que requieren receta médica. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos recetados 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 su 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 la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La Sección 5 del Capítulo 1 informa sobre la penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos 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 (aquellos que 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 continuar 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 una cierta cantidad, en su declaración de impuestos ante el 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 usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si le corresponde pagar un monto adicional, será el Seguro Social, no su plan de Medicare, quien le enviará una carta indicándole el monto adicional que debe pagar.

También puede visitar la página web www.medicare.gov 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. También 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* le brinda información sobre estas primas en la sección llamada “Costos de Medicare 2021”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* todos los años en el otoño. Los miembros nuevos de Medicare la recibirán durante el mes siguiente a su inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con TTY llamen al 1-877-486-2048.

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

Existen tres maneras de pagar la prima. Nuestro Centro de Atención al Cliente puede ayudarlo con sus opciones de pago de primas. (Los números telefónicos están impresos 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 de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar la prima a tiempo.

Si tiene alguna pregunta sobre su prima o qué es una multa por inscripción tardía de la Parte D, o si tiene problemas para pagar, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1857 o los usuarios de TTY deben marcar 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: Puede hacer el pago con cheque

Le enviaremos estados de cuenta de pago 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 Prime en su cheque o giro postal para que su cuenta se acredite correctamente.

Se debe hacer el pago a nombre de Banner Prime y enviarse por correo a:

Banner Health Plan, Inc.
P. O. Box 741680
Los Angeles, CA 90074-1680

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

Opción 2: Pago en línea

Nuestro portal de pago en línea para miembros de Banner Prime 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: El pago de su prima puede ser descontado de su cheque mensual del Seguro Social.

El pago de su prima puede ser descontado de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente para más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta manera. Nos complacerá ayudarle a establecer esta forma de pago. (Los números de teléfono para comunicarse con el Centro de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su prima

Su prima del plan vence el día 15 de cada mes. Si tiene inconvenientes para pagar su prima a tiempo, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente para que le informen qué programas pueden ayudarlo con la prima de su plan. (Los números de teléfono para comunicarse con el Centro de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Si en el futuro desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos) y tiene un saldo pendiente de prima adeuda, deberá pagar el monto adeuda antes de poder inscribirse.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. No se nos permite cambiar el monto cobrado por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos quizás necesite empezar a pagar o deje de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía quizás aplique si usted tuvo un periodo continuo de 63 días o más seguidos sin cobertura "acreditable" de medicamentos recetados). Esto sucede si resulta elegible para el programa "Ayuda Adicional" o si pierde la elegibilidad para dicho programa durante el año.

- Si actualmente paga por la multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año, dejaría de pagar por la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, 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 recetados.

Encontrará más información sobre el programa "Ayuda Adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 5 ¿Debe 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 "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se añade a su prima de la Parte D. Puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si en cualquier momento después de vencer su periodo de inscripción inicial, transcurre un período de 63 días consecutivos o más en que usted no mantuvo una cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra acreditable. "Cobertura de medicamentos con receta Acreditable" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como el estándar de cobertura de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Banner Prime, le informaremos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D será considerada parte de su prima del plan.

Sección 5.2	¿Cuánto es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?
--------------------	--

Medicare determina el monto de la multa. A continuación explicamos cómo funciona:

- Primero cuente la cantidad de meses de retraso al inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para la inscripción. O cuente la cantidad de meses completos en los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta si ese espacio de tiempo sin cobertura fue igual o mayor a 63 días. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare del país del año anterior. Para 2020, el monto promedio de la prima fue \$32.74. Este monto puede cambiar para 2021.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y redondéelo a los 10 céntimos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$32.74, que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la penalidad puede cambiar cada año**, porque el promedio de prima mensual puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (determinada por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando la multa** cada mes siempre y cuando usted esté inscrito en un plan que tenga Medicare Parte D de beneficios de medicamentos, incluso si cambia de planes.
- Tercero, si tiene menos de 65 años de edad y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se redefinirá cuando cumpla 65 años. Luego de que cumpla 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D será en base a solo los meses en los que no tuvo cobertura luego de su período de inscripción inicial para la tercera edad de Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse de forma tardía y no pagar la multa

Aun si usted se inscribió con retraso en un plan ofrecido por la Parte D de Medicare, cuando usted cumplió con los requisitos por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos con receta que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Medicare le llama a esto “**Cobertura acreditable de medicamentos.**” Tenga en cuenta que:
 - La cobertura acreditable puede incluir cobertura de medicamentos de un ex empleador o sindicato, de TRICARE, o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Guarde esta información ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Tenga en cuenta que:** Si usted recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de salud termine, puede no significar que su cobertura de medicamentos recetados fuera acreditable. El aviso debe indicarle que usted tenía una cobertura “acreditable” de medicamentos con receta que se esperaba pagara tanto como el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuentos para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y páginas web de descuento de medicamentos.
 - Para obtener más información sobre las coberturas acreditables, lea el folleto *Medicare y Usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con TTY llamen al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día y los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted puede solicitar una revisión de la decisión de la misma. Generalmente, debe solicitar esta revisión dentro de los **60 días después** de la fecha en que recibió la primera carta informando que debía pagar la penalidad

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 al Centro de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Importante: No deje de pagar la multa mientras espera la decisión de la revisión de la multa por inscripción tardía a la Parte D.

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

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a 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 le corresponde pagar un monto adicional, será el Seguro Social, no su plan de Medicare, quien le enviará una carta indicándole el monto adicional que debe pagar y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, Junta de Jubilación para Ferroviarios u Oficina de Administración de Personal, sin importar la frecuencia con que paga su prima mensual, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, usted recibirá un factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar junto con su prima mensual del plan.**

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

Si su Ajuste Modificado de Ingreso Bruto (modified adjusted gross income, MAGI) es superior a cierta cantidad, según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), usted pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar 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 el pago de un monto adicional de la Parte D?

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

Sección 6.4	¿Qué sucede si usted no paga el monto adicional de la Parte D?
--------------------	---

El monto adicional se le paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si usted debe pagar por ley un monto adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 7.1	Cómo puede ayudar para asegurarse de que la información que tenemos acerca de usted es correcta
--------------------	--

Su registro de membresía tiene la información tomada de su formulario de inscripción, el cual incluye su dirección y número telefónico. Muestra su cobertura específica del plan, inclusive el nombre de su Proveedor de Atención Primaria/Grupo médico.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan deben contar con la información correcta sobre su persona. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos tiene usted cubiertos y los montos de costos compartidos.** Por esta razón, es tan importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Comuníquenos acerca de estos cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación al trabajador o AHCCCS (Medicaid).
- Si usted tiene reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones producto de un accidente de tránsito.
- Si ha sido internado en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada (por ejemplo, el encargado de sus cuidados).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cualquier parte de esta información cambia, le solicitamos que nos lo comunique llamando al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que posea

Medicare nos exige que reunamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden por nuestro plan. (Para obtener información adicional sobre la forma en que nuestra cobertura funciona cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si cuenta con otra cobertura que no figura en la lista, comuníquese con el 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 de salud personal

Sección 8.1	Nos aseguramos que la información sobre su salud esté protegida
--------------------	--

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y la información sobre su salud personal. Protegemos su información personal de salud tal como lo establecen estas leyes.

Para obtener información adicional sobre la forma en que protegemos la información sobre su salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 del presente folleto.

SECCIÓN 9 Cómo funcionan otros seguros médicos con nuestro plan

Sección 9.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional?
--------------------	--

Cuando usted tiene otro seguro (por ejemplo, cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su otro seguro médico. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal”, y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solo paga si

hay costos que la cobertura principal no abonó. Es posible que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de seguro médico grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud grupal depende de su empleo actual, o del empleo actual de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador, y si usted recibe servicios de Medicare en base a la edad, discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado, y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años, y usted o cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por padecer ESRD, su plan de seguro médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que reúna los requisitos para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluye el seguro de automóviles)
- Daños a terceros (incluye el seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis (enfermedad del pulmón negro)
- Compensación laboral

AHCCCS (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de Medicare y/o de los planes de salud grupales de empleadores.

Si tiene un seguro médico adicional, comuníquese a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su seguro médico adicional, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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

SECCIÓN 1 Cómo comunicarse con Banner Prime (cómo comunicarse con nosotros, inclusive cómo hacerlo con Servicios al miembro en el plan)

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

Para recibir asistencia por reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame a o escriba al Centro de Atención al Cliente de Banner Prime. Estaremos encantados de asistirle.

Método	Centro de Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1857 Las llamadas a estos números son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. El Centro de Atención al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana
FAX	(520) 394-4064
ESCRIBA A	Banner Prime A la atención de: 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 los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es aquella decisión que realizamos acerca de sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o Parte D de los medicamentos recetados. Para obtener mayor información sobre la forma de solicitar decisiones de cobertura acerca de su atención médica y medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura por atención médica o medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1857 Las llamadas a estos números son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Prime A la atención de: Customer Care 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Correo electrónico: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB	www.BannerMA.com

Cómo comunicarse con nosotros si está presentando una apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Apelaciones por atención médica o medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1857 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Prime A la atención de: 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 está realizando una queja acerca de su atención médica

Usted puede realizar un reclamo sobre nuestro servicio o sobre uno de nuestros proveedores de la red e incluso un reclamo sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de reclamo no implica disputas de cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior, sobre la presentación de apelaciones). Para obtener mayor información sobre cómo presentar un reclamo acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Reclamos acerca de la atención médica y los medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1857 Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Prime A la atención de: Grievance & Appeals 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Correo electrónico: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Banner Prime directamente a Medicare. Puede enviar un reclamo a Medicare en línea a través de www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviarnos una solicitud para pedirnos el pago de nuestra parte del costo de la atención médica o de los medicamentos que ha recibido

Para obtener más información sobre las situaciones en que usted puede necesitar solicitarnos un reembolso o el pago de una cuenta que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (Solicitud de pago de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).

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

Método	Solicitudes de pago - Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1857 Las llamadas a estos números son gratuitas. Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner Prime Centro de Atención al Cliente 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerMA.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones llamados “CMS”, Centers for Medicare & Medicaid Services). Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, entre las que nos encontramos.

Método	Medicare – información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o al 1-800-633-4227 Las llamadas a estos números son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también incluye información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: Ofrece información que le permite saber cuándo será elegible para Medicare.• Buscador de planes de Medicare Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de seguro médico de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un cálculo aproximado de los costos de desembolso en los distintos planes de Medicare.

Método	Medicare – información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar la página de Internet para comunicarle a Medicare sobre los reclamos que usted tenga sobre Banner Prime:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infórmele a Medicare su reclamo: Puede enviar una queja sobre Banner Prime directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si usted no tiene computadora, en su biblioteca local o centro para jubilados pueden prestarle sus computadoras para acceder este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare y solicitarles la información que busca. Ellos hallarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios con TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)</p>

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

El Programa de asistencia de seguro médico estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Arizona (Arizona SHIP).

Arizona SHIP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguro ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de Arizona SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender cuáles son sus derechos en Medicare, a presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Arizona SHIP también pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas relacionadas con los cambios entre planes.

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

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad de la atención a las personas con Medicare)

Existe una Organización de Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Arizona, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO.

Livanta BFCC-QIO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare. Livanta BFCC-QIO es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

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

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención recibida.
- Si piensa que la cobertura de su estancia hospitalaria finaliza demasiado pronto.
- Si considera que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o en Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizarán demasiado pronto.

Método	Programa Livanta BFCC-QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arizona) - Información de contacto
LLAME AL	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses legales y permanentes que tienen 65 años de edad o más, o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal Terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede comunicarse con o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar el monto adicional por su Parte D de la cobertura de medicamentos ya que tienen un ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas con respecto al monto o si su ingreso disminuyó debido a un evento que cambie su ritmo de vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

También es importante que se comunique con el Seguro Social y le notifique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a estos números son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar ciertos trámites las 24 horas del día.

Método	Seguro Social - Información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid) (programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos)

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 que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen a través de AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLIMB):** Ayuda a pagar las primas de la parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Programa para Individuos Calificados (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la parte B.
- **Programa para Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para conocer más sobre AHCCCS (Medicaid), comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Método	Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) (programa Medicaid de Arizona) - Información de contacto
LLAME AL	(855) 432-7587 (888) 621-6880 (Sistema de Cuidados de largo plazo de Arizona [Arizona Long Term Care System, ALTCS]) Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	(800) 367-8939 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	AHCCCS 801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

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

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare provee “Ayuda Adicional” para pagar medicamentos con receta a personas con escasos ingresos y recursos. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda o vehículo. Aquellos que califican reciben ayuda para pagar cualquier prima mensual, deducible anual y los copagos de los medicamentos con recetas del plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también entra en los costos de desembolso personal.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para el programa “Ayuda Adicional”. Algunas personas califican automáticamente para el programa “Ayuda Adicional” y no necesitan llenar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que califican automáticamente para la “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:

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

Si usted cree que ha calificado para la “Ayuda Adicional” y considera que está pagando un monto de gastos compartidos incorrecto al adquirir los medicamentos con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago apropiado o bien, si ya tiene la evidencia, proporcionarnos dicha 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, si tiene su documentación de prueba, puede enviarla por correo o fax a:

Por correo:

Banner Prime
A la atención de: Farmacia
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Fax: (866) 349-0338 (A la atención de: Pharmacy)

- Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si hay una discrepancia y/o si podemos resolver la discrepancia con respecto a su ayuda adicional en función de la información a la que tenemos 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 a través de los canales de comunicación y de acuerdo con las pautas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto al surtir su próxima receta en la farmacia. Si ha pagado de más por el monto de su copago, recibirá un reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto que haya pagado de más del copago o le descontaremos en futuros copagos. Si usted no le ha abonado el copago a la farmacia y ésta lo contabiliza como una deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en representación suya, es posible que le realicemos el pago directamente al estado. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuentos de Transición de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos para la transición de cobertura de Medicare ofrece descuentos de fábrica en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado la transición de cobertura y que no reciben “Ayuda adicional”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de dispensado para los costos en la brecha de transición. Los miembros pagan el 25% sobre el precio negociado y una porción del pago por expendio por los medicamentos de marca.

Si usted alcanza la transición de cobertura, le aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia facture su receta, y su Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB) mostrará todos los descuentos aplicados. Tanto el monto que usted pague como el monto descontado por el fabricante se incluirán en sus gastos de bolsillo, como si usted los hubiera pagado, y lo llevarán a la transición de cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se toma en cuenta para el cálculo de sus costos de desembolso personal.

Usted también recibe un tipo de cobertura por los medicamentos genéricos. Si alcanza la transición de cobertura, el plan pagará el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted pagará el 25% restante. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que abona el plan (75%) no cuenta para el cálculo de sus gastos de bolsillo. Solo se toma en cuenta el monto que usted paga a lo largo de la transición de cobertura. Además, el pago por expendio se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuentos de Transición de Cobertura de Medicare está disponible a nivel nacional. Debido a que Banner Prime ofrece cobertura adicional de transición durante la Etapa de Transición de cobertura, sus gastos de bolsillo algunas veces serán menores a los costos aquí descritos. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para mayor información sobre la cobertura durante la Etapa de Transición de Cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que toma o sobre el programa de descuentos de transición de cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

¿Qué es Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a los individuos elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a los medicamentos para VIH que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia con costos compartidos de recetas. En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud de Arizona administra el ADAP. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, entre ellos, comprobante de residencia en el Estado y situación de VIH, bajos ingresos según la definición del Estado, y no tener seguro o tener seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia con costos compartidos de recetas de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario de ADAP. A fin de garantizar que usted continúe recibiendo esta asistencia, notifique al trabajador a cargo de su inscripción en el ADAP local de cualquier cambio en el nombre o el número de póliza del plan de la Parte D de Medicare. Arizona ADAP, 150 N. 18th Ave., Ste. 110, Phoenix, AZ 85007.

Para más 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 “Ayuda Adicional” de Medicare para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados?

¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya posee cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la transición de cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento pero usted piensa que debería recibirlo?

Si piensa que puede haber alcanzado la transición de cobertura y no recibió el descuento al pagar por un medicamento de marca, debe revisar el siguiente aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EDB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de sus recetas sean correctos y estén actualizados. Si consideramos que a usted no le corresponde recibir un descuento, puede apelar. Puede recibir ayuda presentando una apelación a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (los números telefónicos se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia. Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, también es importante que llame al Seguro Social y le notifique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios - Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a estos números son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. 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 equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Cuenta usted con “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su patrono o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede comunicarse con el administrador de los beneficios del empleador/sindicato o con Servicios al miembro 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) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan o períodos de inscripción para hacer un cambio.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), por favor, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar de qué forma funcionará su cobertura de medicamentos con receta 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	Cosas 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	Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios.....	45
Sección 2.1	Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención.....	45
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?	46
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.....	48
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	49
Sección 3.1	Recibir atención si tiene una emergencia médica	49
Sección 3.2	Recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios.....	50
Sección 3.3	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 de los servicios cubiertos.	51
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?	52
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 no médica para el cuidado de la salud".....	55
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?	55

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	56
Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan?.....	56
SECCIÓN 8	Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno.....	57
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	57
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 recibir atención médica cubierta y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que usted necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener la cobertura de su atención médica y otros servicios cubiertos. Le ofrece definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre el tipo de atención médica u otros servicios cubiertos por nuestro plan y cuánto debe pagar cuando la reciba, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 a continuación (*Tabla de Beneficios, qué está cubierto y qué debe pagar*).

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

A continuación definimos ciertos términos para que entienda cómo puede recibir la atención y servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para ofrecer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores para que presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red emiten la factura directamente a nosotros por la atención que le han prestado a usted. Cuando se atiende con un proveedor de la red, usted paga solo su parte del costo por los servicios cubiertos.
- Los **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios, suministros y equipos de atención de la salud cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos por atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2	Normas básicas para recibir la atención médica cubierta y otros servicios cubiertos del plan
--------------------	---

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

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

Por lo general, Banner Prime cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de Beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 del presente folleto).
- **La atención que recibe sea considerada médicamente necesaria.** “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y que cumple con los estándares de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe escoger un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe emitir una aprobación previa antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una “remisión”. Para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requiere remisión de su PCP a en casos de atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de tener una aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 del presente capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para acceder a la definición de atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 del presente capítulo.
 - Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Su PCP debe obtener una autorización previa de nuestro plan antes de buscar atención fuera de nuestra red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si fueran de un proveedor de la red. Para obtener información sobre la forma de obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 del presente capítulo.

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

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Debe elegir un Proveedor de Atención Primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención
--------------------	---

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un Proveedor de Atención Primaria o PCP. Un PCP es un médico o enfermero practicante que cumple requisitos fijados por el estado y está capacitado para brindarle atención médica básica.

Como explicamos más adelante, usted recibirá la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para que pueda ver a un especialista, generalmente necesita obtener primero la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una "remisión" a un especialista). Cuando necesite un servicio que no está cubierto por nuestro plan, su PCP debe enviar una solicitud de “autorización previa” para obtener este servicio.

Cómo escoger su PCP

Es posible que ya tenga un PCP que esté en nuestra red de proveedores. Podemos ayudarlo si no sabe quién es su PCP o si necesita ayuda para elegir o cambiar su PCP. Puede elegir un PCP escribiéndonos o llamando a nuestro Centro de Atención al Cliente. Infórmenos que es un miembro del plan que necesita elegir un PCP o que necesita cambiar de 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, ayudarlo a encontrar un PCP cerca de su hogar y asistirlo si necesita encontrar un médico que hable un idioma que no sea inglés. Es importante que elija un PCP que lo haga sentir cómodo. Debe permanecer con ese proveedor para recibir la mejor atención posible. Su PCP le brindará la mayor parte de la atención y le ayudará a arreglar o coordinar los demás servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro Plan.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP decida retirarse de nuestra red de proveedores y usted deberá hallar un nuevo PCP.

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

Para cambiar de PCP, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. El cambio de PCP entrará en vigencia 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 lo 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 vigencia el cambio de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin una autorización previa de su PCP?

Puede recibir los servicios detallados a continuación sin recibir la aprobación previa de su PCP.

- Atención ginecológica de rutina, que incluye examen de los senos, mamografías preventivas (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice en un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la Hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando se las aplique un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores tanto de la red como fuera de la red.
- Servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red o fuera de la red cuando los de la red no estén temporalmente disponibles o accesibles, ej. cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Los servicios de diálisis renal que reciba de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente antes de abandonar el área de servicio para que podamos coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera. (Los números de teléfono para comunicarse con el Centro de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de 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. A continuación encontrará algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden pacientes con afecciones cardíacas.

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

- Ortopedistas, que atienden pacientes con ciertas 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 remisión requiere 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 estado. Si se rechaza la solicitud de su médico, nuestro plan se lo informará por correo. Si tiene alguna pregunta sobre la 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 una autorización denegada. Es muy importante obtener una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan u otros proveedores (existen algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina para mujeres 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 Prime si su especialista solicita un procedimiento médico. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre qué servicios requieren 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 remisión de su médico antes de que le hagan los análisis de laboratorio. Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de laboratorio, es posible que sus servicios no estén cubiertos. También debe obtener una autorización previa de Banner Prime para los servicios de laboratorio o de diagnóstico.

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

Durante el año podemos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Hay muchas razones por las cuales su proveedor podría retirarse de su plan; pero si su médico o especialista lo hiciera, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

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

- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle una notificación con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan, así tendrá tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe ayudándole en sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarle, que el tratamiento médicamente necesario que usted está recibiendo no sea interrumpido.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su antiguo proveedor o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista dejará su plan, por favor comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que administre sus cuidados.

Si desea ayuda con alguno de estos o simplemente 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

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

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre la atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Se requiere autorización para proveedores fuera de la red y su PCP enviará una solicitud de autorización previa a Banner Prime. En esta situación, cubriremos estos servicios como si fueran de un proveedor de la red.

Los servicios de diálisis renal que reciba de centros de diálisis certificados por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 3 ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe?

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

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en ese caso?

Una “**emergencia médica**” se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Procure ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. En estos casos *no* necesita la aprobación ni una remisión previa de su PCP.
- **Asegúrese de que su plan haya sido avisado de su emergencia tan pronto como sea posible.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, normalmente dentro de las 48 horas siguientes. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1857. Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué abarca la cobertura en caso de una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan no brinda cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencias en otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener mayor información, consulte la tabla de Beneficios en el Capítulo 4 del presente folleto.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le provean la atención de emergencia para ayudar a gestionar y hacer un seguimiento de la atención que recibe. Los médicos que le brinden la atención de emergencia decidirán en qué momento su afección es estable y la emergencia médica ha terminado.

Luego de finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúa estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia está a cargo de proveedores fuera de la red,

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

intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

A veces puede resultar difícil saber si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ingresar para recibir atención de emergencia con la sensación de que su salud corre peligro grave, pero el médico puede afirmar que no se trataba de una emergencia médica, después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia médica, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud corría peligro grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya afirmado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe dicha atención adicional de una de las siguientes maneras:

- Si se dirige a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – o – Si la atención adicional que recibe se considera “servicios que se necesitan con urgencia” y sigue las reglas para recibir dicha atención (para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los “servicios que se necesitan con urgencia”?

Los “servicios que se necesitan con urgencia” son una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos. La afección inesperada podría ser, por ejemplo, el recrudecimiento inesperado de una afección existente.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicios del plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Siempre debe intentar obtener los servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o usted no puede acceder a ellos, y no es razonable esperar recibir la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si se encuentra en una situación en la que cree que no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de nuestro plan al

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

(844) 549-1857. Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. Los usuarios de TTY den llamar al 711.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre ni los servicios de emergencia, ni los servicios que se necesitan con urgencia ni ningún otro tipo de atención que se reciba fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante una catástrofe

Si el Gobernador de su estado, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos 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 conocer información sobre cómo obtener atención médica necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, usted podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Usted puede solicitarle al plan que pague la parte que nos corresponde del costo de sus servicios cubiertos

Si ha pagado por sus servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre los pasos a seguir.

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

Banner Prime cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Estos servicios se enumeran en la Tabla 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 del pago total de los servicios no cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta acerca de si le pagaremos cualquier servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si la cubriremos antes de recibirla. Usted también tiene derecho a preguntarnos por escrito. Si la respuesta es negativa, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) hallará más información sobre los pasos a seguir si desea que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión ya tomada. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tengan una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que reciba después que ha usado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto gastado por encima del límite de beneficios por beneficios complementarios no se aplica al máximo de desembolso personal. Puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente cuando desee saber qué cantidad de su límite de beneficio ya ha utilizado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es un proceso que utilizan los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar qué tan bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando la participación de voluntarios para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación, que ayuda a los médicos y a los científicos a analizar si los nuevos enfoques son efectivos y seguros.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que

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

Medicare no ha aprobado, usted *será responsable del pago de todos los costos por su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare aprueba el estudio, un miembro del equipo del estudio se comunicará con usted para brindarle más información sobre él y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los investigadores a cargo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y, además, comprenda y acepte completamente lo que implica su participación en dicho estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte de dicho estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención no 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 ni la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **necesita comunicarnos su decisión antes de comenzar a participar en él.**

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, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?
--------------------	---

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que recibirá como parte del estudio, entre ellos:

- Alojamiento y alimentación para una estancia hospitalaria por la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare ha pagado su parte por el costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre los costos

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

compartidos en Original Medicare y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que usted pagaría si nuestro plan le brindara dichos servicios.

A continuación le presentamos un ejemplo de cómo funciona los costos compartidos: Digamos que se somete a un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos además que su costo compartido por este análisis es de \$20 según Original Medicare, pero sería de solo \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, es decir, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestros costos compartidos, necesitará enviarnos una solicitud de pago. Junto a su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos Resumen de Medicare u otra documentación que describa los servicios recibidos como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para más información sobre el envío de solicitudes de pago.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio aún si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le brinde a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Los artículos o servicios proporcionados solo con el fin de recolectar datos y que no se usan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica usualmente solo requiere de una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo 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 Normas para recibir atención médica en una “institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud”

Sección 6.1	¿Qué es una “institución no médica religiosa dedicada al cuidado de salud”?
--------------------	--

Una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud es un centro que brinda atención para afecciones que normalmente se tratarían en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir tratamiento en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar ofreceremos cobertura para la atención en una institución de atención de salud religiosa no médica. Usted puede elegir obtener atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se brinda como servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará por los servicios no médicos para el cuidado de la salud prestados en instituciones religiosas no médicas para cuidado de la salud.

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud
--------------------	--

Para recibir atención en una institución de atención de salud religiosa no médica, debe firmar un documento legal donde afirme oponerse de forma consciente a recibir tratamiento médico que sea “no objetado”.

- La atención o tratamiento médico “no objetado” es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario y no requerido* por ley federal, estatal o local alguna.
- El tratamiento médico “objetado” es aquella atención o tratamiento médico que recibe y que *no es voluntario o es requerido* según las leyes federales, estatales o locales.

Para que nuestro plan lo cubra, la atención médica que reciba en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe por parte de nuestro plan está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que le son provistos en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos como paciente hospitalizado o atención en un centro de enfermería especializada.

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

- – y – Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para Paciente hospitalizado. Para más detalles, consulte Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, “Atención hospitalaria para pacientes internados”.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será dueño del equipo médico duradero después de haber realizado un determinado número de pagos conforme a nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (EMD) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos que generan el habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es dueño de ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de EMD que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de EMD se convierten en dueños de dichos equipos después de abonar copagos durante 13 meses. A pesar de que como miembro de Banner Prime, no adquirirá la propiedad de los EMD, sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del EMD. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa del presente folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

Incluso en el caso de que realice 12 pagos consecutivos por el EMD en el Medicare original antes de asociarse a nuestro plan, no adquirirá la propiedad sin importar cuántos copagos realice mientras sea miembro de nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos realizados por equipos médicos duraderos si se cambia al Medicare original?

Si no adquirió la propiedad del artículo EMD 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 EMD bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser

propietario del artículo. No existe ninguna excepción para 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 Prime cubrirá:

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

Si abandona Banner Prime o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, se debe devolver el equipo de oxígeno al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coaseguro del 20 % cada mes.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Banner Prime.

Si antes de inscribirse en Banner Prime había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Banner Prime es un coaseguro 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 Prime, se inscribe en Banner Prime durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura de equipos de oxígeno.

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

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

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1	Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos	61
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.	61
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?.....	61
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”	62
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios</i> para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará.....	63
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	63
Sección 2.2	Beneficios adicionales "complementarios opcionales" que puede comprar .	99
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	101
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones).....	101

Información importante sobre COVID-19

Debido a la declaración de emergencia de salud pública (Public Health Emergency, PHE) de COVID-19, el 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 telemedicina. Puede recibir servicios bajo estas regulaciones modificadas durante la PHE de COVID-19. No sabemos cuánto tiempo durará la PHE de COVID-19.

Cuando termine la PHE, el CMS puede eliminar las regulaciones modificadas 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 **Qué son los gastos de bolsillo de los servicios cubiertos**

El presente capítulo se enfoca en cuáles son los servicios cubiertos y qué debe pagar por dichos servicios. Incluye un Tabla de Beneficios que le brinda una lista de sus servicios cubiertos y le informa cuánto deberá pagar por cada uno de ellos como miembro de Banner Prime. Más adelante en este capítulo, hallará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos
--

Para entender la información de pago en este capítulo, necesita saber sobre los tipos de costos de desembolso personal que debe realizar por los servicios cubiertos.

- Un “**copago**” es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios de atención médica. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (la Tabla de Beneficios en la Sección 2 le brinda más información acerca de sus copagos).
- El “**coaseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coaseguro cada vez que reciba servicio de atención médica. (la Tabla de Beneficios en la Sección 2 le brinda más información acerca de sus coaseguros).

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B de Medicare que están cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de Beneficios médicos en la

Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal por servicios médicos.

Como miembro de Banner Prime, lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios en 2021 es \$4,450. Los montos que usted paga por copagos y coaseguros por servicios cubiertos se toman en cuenta para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D, no se toman en cuenta para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo). Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$4,450, no deberá pagar ningún costo de gastos de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que AHCCCS (Medicaid) o un tercero paguen su prima de la Parte B de Medicare).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores realicen “facturaciones de saldo”
--------------------	--

Como miembro de Banner Prime, usted cuenta con una importante protección que consiste en que solo tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que llamamos “facturación del saldo”. Esta protección (que consiste en que nunca deberá pagar más de su monto de los costos compartidos del plan) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no le pagamos ciertos cargos al proveedor.

A continuación, explicamos de qué manera funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces pagará solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que recurra:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, pagará el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas circunstancias; por ejemplo, si obtiene una remisión).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, pagará el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los

servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas circunstancias; por ejemplo, si obtiene una remisión).

- Si usted cree que un proveedor "le facturó el saldo", comuníquese con el Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará usted

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas es una lista de los servicios que cubre Banner Prime y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben brindarse de acuerdo con las directrices de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, suministros y equipos) *deben ser médicamente necesarios*. “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y que cumple con los estándares de la práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 ofrece mayor información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe emitir una aprobación previa antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una “remisión”. El Capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios se cubrirán *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (algunas veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios.

Aspectos importantes a tener en cuenta sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de Medicare, cubrimos todo lo que la Original Medicare cubre. (Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2021*. Véalo en línea en www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios con TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- También cubrimos, sin cargo para usted, todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare que no acarrearán costos. Sin embargo, si recibe tratamiento o monitoreo por una afección médica existente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida a dicha afección.
- A veces, Medicare aumenta la cobertura a través de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2021, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.



Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
 <p>Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un examen de detección con ultrasonido una única vez para pacientes en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y obtiene una remisión para dicho examen por parte de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con la cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Copago de \$35 por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>
<p>Servicios de ambulancia*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aéreos de ala fija o ala rotativa y servicios de ambulancia terrestres al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, solo si se transporta a un miembro cuya afección médica sea tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • Los traslados en ambulancia no considerados de emergencia son apropiados si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Copago de \$265 por servicios de ambulancia y transporte que no son de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Se aplicaría el costo compartido para viajes de ida.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en base a su estado de salud y a los factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse antes de transcurridos 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haberse realizado este examen para tener cobertura de visitas de bienestar anuales "Bienvenido a Medicare" después de tener Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para la consulta de bienestar anual.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o de contraer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de ser necesario según criterio médico: procedimientos para identificar masa ósea, detección de pérdida ósea o determinación de calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para las mamografías preventivas cubiertas.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca*</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoría están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la remisión de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que por lo general son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca comunes.</p>	<p>Se aplica un copago de \$25 a los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y a los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita anual con su médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico podría recomendarle el uso de aspirina (de ser apropiado), revisar su presión sanguínea y darle algunos consejos alimenticios.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio de prevención de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>
<p> Prueba de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las mujeres: Se cubren exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si usted 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 existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Pap y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación • Routine chiropractic care: 6 routine non-Medicare visits allowed per calendar year 	<p>Se aplica un copago de \$20 a los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Se aplica un copago de \$35 a los servicios quiroprácticos de rutina.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer del colon y recto</p> <p>Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba Guaiac de Sangre Oculta en Materia Fecal (GFOBT) • Prueba Inmunoquímica Fecal (PIF) <p>Evaluación de detección de cáncer colorrectal basada en el ADN cada 3 años</p> <p>Para personas con alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 24 meses <p>Para personas sin alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de detección 	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>Por lo general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p> <p>Servicios Dentales Preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas incluyen combinación de examen y limpieza (por hasta 1 cada seis meses, máximo 2 por año). • Examen oral (por hasta 1 cada seis meses) • Limpieza (por hasta 1 cada seis meses) • Tratamiento de fluoruro (por hasta 1 cada año; el tratamiento debe de efectuarse durante una consulta preventiva) • Radiografías dentales (por hasta 1 grupo de radiografías por año; deberán tomarse durante una consulta preventiva.) <p>Autorización o referidos no se requieren para los servicios dentales preventivos.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o el reemplazo de dientes).</p> <p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los servicios dentales preventivos cubiertos por el plan que no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Debe utilizar los proveedores de la red de Banner Prime para estos servicios.</p>
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión cada año. El examen de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de control y remisiones.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para una consulta de prevención de depresión anual.</p>
<p> Exámenes para la detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen 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 azúcar en sangre elevada (glucosa). Las pruebas también pueden estar incluidas en la cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y contar con antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En base a los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas preventivas de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, así como soluciones para control de la glucosa que sirven para verificar la precisión de las tiras de prueba y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad diabética severa de los pies: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas junto a esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándar que acompañan a esos zapatos). La cobertura incluye los ajustes. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes* se incluye 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.</p> <p>Coaseguro del 20 % por suministros para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticas cubiertos por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados*</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 del presente 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, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los EMD médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted.</p> <p>No hay proveedores / fabricantes preferidos para equipos médicos duraderos (EMD).</p>	<p>Coaseguro del 20 % por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>Atención de Emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios brindados fuera de la red son los mismos que para aquellos dentro de la red.</p> <p>La cobertura está limitada a los EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$90 por visita para beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe recibir atención como paciente hospitalizado en el Hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Los programas de acondicionamiento físico pueden tener un efecto positivo sobre la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas, la diabetes tipo 2, el control del peso y otros factores del estilo de vida.</p> <p>Ofrecemos un beneficio de acondicionamiento físico 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, y3) Programa de envejecimiento saludable. <p>Se aplican limitaciones y exclusiones. Visite www.silverandfit.com para 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. Los proveedores de American Specialty Health (ASH) deben usarse para membresías de gimnasios dentro y fuera de la red.</p>	<p>No hay ningún costo para las clases de fitness o los kits de fitness proporcionados por Silver&Fit</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios auditivos</p> <p>Se cubren los diagnósticos de audición y las evaluaciones de equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico como paciente ambulatorio cuando está a cargo de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina (1 al año) • Ajuste y evaluación de audífonos (hasta 1 cada dos años) • Audífonos (ambos oídos combinados) 	<p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare para exámenes para diagnosticar / tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <p>Copago de \$0 por examen de audición de rutina anual. No se requiere autorización previa o derivación.</p> <p>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>Debe utilizar los proveedores de la red de Banner Prime para estos servicios.</p>
<p> Exámenes de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan un examen de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No existe coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles por el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Comidas entregadas a domicilio *</p> <p>Para los miembros dados de alta de una estadía en un hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos hasta 12 comidas entregadas en el hogar del miembro. Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta.</p>	<p>Copago de \$0 por comidas a domicilio de nuestro proveedor.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Agencia de atención médica domiciliaria*</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado a domicilio y ordenar que sean realizados por una agencia de cuidado. Usted debe estar confinado a su domicilio, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios especializados de enfermería o de asistente para la salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (cubierto según el beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios especializados de enfermería y asistente para la salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios sociales y médicos • Equipos y suministros médicos 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa y remisión.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar*</p> <p>La terapia de infusión en el hogar 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 de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>	<p>Coaseguro del 20 % por el beneficio cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted reúne los requisitos para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico de enfermedad terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue el curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor tanto dentro como fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Cuidado de relevo de corto plazo • Atención en el hogar <p><u>Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal:</u></p> <p>Si necesita servicios sin carácter de emergencia o que no se necesitan con urgencia que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal, los costos por estos servicios dependen de si utilizó un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red, solo paga el monto de costos compartidos en virtud del Pago por Servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>Para servicios que son cubiertos por Banner Prime, pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Banner Prime continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto de costos compartidos de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención de cuidados no paliativos (atención no relacionada con su pronóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, el pago de sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal está a cargo del Medicare original, no de Banner Primer.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <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 está en riesgo alto o intermedio de contagiarse de hepatitis B• Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos ciertas vacunas bajo nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, influenza y hepatitis B.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Atención del paciente hospitalizado*</p> <p>Incluye atención de agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria como paciente hospitalizado comienza el día que usted es formalmente admitido en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidado especial, tales como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario • Fármacos y medicamentos • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y de lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias 	<p>Cubrimos hasta 90 días de hospitalización para pacientes hospitalizados. Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1-7: copago de \$200 al día • Días 8-90: copago de \$0 al día • Días 91 y posteriores: copago de \$0 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 (hasta 60 días durante su vida); • Más allá de los 60 días de reserva de por vida: todos los costos <p>El costo compartido comienza el día de su admisión.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente internado durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa y remisión.</p>

Servicios cubiertos para usted**Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios****Atención del paciente hospitalizado* (continuación)**

- En ciertas condiciones, se cubrirán los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, cardíaco, hepático, pulmonar, cardíaco/pulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, nosotros coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si se le considera como candidato. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o de 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 Prime 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, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empaquetados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o tener sangre donada por usted o alguna otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Servicios de médicos

Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para su ingreso formal en el hospital. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, usted podría aún ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.

También puede encontrar información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa se encuentra 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 con TTY llamen al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran de una estancia hospitalaria. 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. 	<p>Servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Días 1-7: copago de \$225 al día Días 8-90: copago de \$0 al día <p>El costo compartido comienza el día de su admisión.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa y remisión.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Estadía como paciente hospitalizado. Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia del paciente no es razonable o necesaria, no cubriremos esa estancia del paciente. Sin embargo, en algunos casos, cubrimos algunos servicios que usted recibe mientras está en el hospital o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (pruebas de laboratorio) • Radiografías, terapias con radioterapias e isótopos, incluso servicios y materiales técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen parcial o totalmente un órgano interno del cuerpo (inclusive tejido contiguo) o la función total o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o disfuncional, inclusive el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Copago de \$225 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se aplique un copago o coaseguro 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.</p> <p>Se puede aplicar autorización previa y remisión.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero sin diálisis) o que se han sometido a un trasplante de riñón que ha sido ordenado por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que reciba más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recomendar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio del comportamiento saludable que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la 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 coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Es posible que se pida autorización previa. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrador por el paciente y son administrados por inyección o instilación mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria • Medicamentos administrados a través de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que se auto administran a través de una inyección, si usted padece de hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted está inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos oncológicos orales y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis a domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina en caso de que sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades inmunodeficientes primarias 	<p>20% del costo de los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia.</p> <p>Coaseguro del 20 % para otros medicamentos de la Parte B.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <p>También cubrimos ciertas vacunas bajo nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para lograr pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de orientación psicológica intensiva para ayudarlo a bajar de peso. La orientación se cubre si se le brinda en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Converse con su médico o especialista para averiguar más datos.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas preventivas y la terapia de la obesidad.</p>
<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 Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos servicios a través de nuestro plan. Los 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>Copago de \$30 por servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Pruebas diagnósticas, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapias (radio e isótopos), incluyendo suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empaquetados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o tener sangre donada por usted o alguna otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios 	<p>Para servicios cubiertos por Medicare:</p> <p>Copago de \$10 por pruebas y procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio.</p> <p>Copago de \$20 por radiografías para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$125 por servicios radiológicos de diagnóstico general como TC, IRM, etc.</p> <p>Copago de \$200 por servicios radiológicos de diagnóstico complejos como TC, IRM, etc.</p> <p>Copago de \$60 por servicios de radiología terapéutica.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de sangre.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si debe ser admitido como paciente interno o si pueden ser dados de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, 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.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente hospitalizado, seguirá siendo paciente ambulatorio y pagando los montos de costos compartidos para los servicios hospitalarios del paciente ambulatorio. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, usted podría aún ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o paciente ambulatorio, pregúntele al equipo del hospital.</p> <p>También puede encontrar información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa se encuentra 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 con TTY llamen al 1-877-486-2048 Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día y los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$225 por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en el departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo 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 sin él se requeriría tratamiento como paciente hospitalizado• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital• Suministros médicos, tales como férulas y yesos• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente hospitalizado, seguirá siendo paciente ambulatorio y pagando los montos de costos compartidos para los servicios hospitalarios del paciente ambulatorio. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, usted podría aún ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o paciente ambulatorio, pregúntele al equipo del hospital.</p> <p>También puede encontrar información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa se encuentra 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 con TTY llamen al 1-877-486-2048 Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día y los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$225 por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.</p> <p>Se requiere referencia médica para servicios de especialidad para salud mental proporcionados por alguien que no es un doctor.</p>	<p>Copago de \$35 por visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$35 por visita de terapia individual para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en distintos entornos para pacientes ambulatorios, tal como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).</p>	<p>Copago de \$35 por visita de terapia ocupacional / fisioterapia / terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*</p> <p>Sesiones individuales cubiertas por Medicare; Sesiones grupales cubiertas por Medicare.</p>	<p>Copago de \$35 por visita de terapia individual para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$35 por visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en las instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>Nota: Si se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor para saber si será considerado paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente internado, será paciente ambulatorio y pagará los montos de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, usted podría aún ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Copago de \$225 por centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Copago de \$225 por cirugía ambulatoria.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>
<p>Tarjeta para medicamentos de venta libre</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen::</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$50 por período de 3 meses para usar en las tiendas participantes. • Fondos proporcionados a través de una tarjeta de fidelidad. • Los artículos disponibles para la compra incluyen medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud. • La terapia de reemplazo de nicotina (TRN) está disponible bajo este beneficio. <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>Servicios de hospitalización parcial*</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente hospitalizado.</p> <p>Nota: debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como servicio ambulatorio del hospital.</p>	<p>Copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial.</p> <p>Requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios de médicos o especialistas, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o quirúrgica médicamente necesaria en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico los ordena para ver si usted 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. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. ○ 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, inclusive consultas, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o especialista para pacientes en determinadas zonas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. 	<p>Copago de \$0 por visitas al proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>Copago de \$30 por visitas a médicos especialistas.</p> <p>Se requiere autorización previa par algunos servicios. Se requiere remisión.</p> <p>Consulte la Sección de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios del médico / practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El check-in no conduce a una visita al consultorio dentro de las 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 dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El check-in no conduce a una visita al consultorio dentro de las 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 es un paciente nuevo • Una segunda opinión a cargo de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o a las estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de piezas dentales con el fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en enfermedades neoplásicas o los servicios que estarían cubiertos al ser brindados por un médico) 	
<p>Servicios de podiatría*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Atención podológica de rutina para miembros que padecen ciertas afecciones que afectan los miembros inferiores 	<p>Copago de \$35 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para una prueba de PSA anual.</p>
<p>Prótesis y suministros relacionados*</p> <p>Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Entre ellos se encuentran: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos de ortodoncia, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis de senos (incluido el brasier quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o el reemplazo de prótesis. Incluye también cierto tipo de cobertura luego de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención oftalmológica” más adelante en este capítulo).</p>	<p>Coaseguro del 20 % para prótesis.</p> <p>Coaseguro del 20 % para suministros médicos relacionados.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD), de moderada a muy grave, y tienen una orden de rehabilitación pulmonar de parte del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Copago de \$30 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicas.</p> <p>Si su examen de abuso de alcohol resulta positivo, usted puede recibir cuatro sesiones privadas de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) provisto por un médico o especialista de atención primaria calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Evaluación de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>Para personas calificadas se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 55 y 77 años de edad que no presentan síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar al menos 30 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante una asesoría para evaluación de detección de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que será prestada por un médico o practicante no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la detección inicial de LDCT:</i> la persona inscrita debe recibir una orden médica para la evaluación de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT que puede ser prestada durante una visita apropiada con un médico o practicante no médico calificado. Si un médico o practicante no médico calificado elige proporcionar asesoría para una evaluación de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisión compartida para evaluaciones de detección de cáncer de pulmón subsiguientes mediante LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la asesoría cubierta por Medicare y visita de toma de decisión compartida o para la LDCT.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en alto riesgo de tener ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales al año, de 20 a 30 minutos de duración, de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio del médico.</p>	<p>No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de detección de las enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento para prevenir estas enfermedades cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales, para enseñar los cuidados renales y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que padezcan enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación 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, según se explica en el Capítulo 3 • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si usted es ingresado para hospitalización en un hospital de cuidado especial • Capacitación para la autodiálisis, incluyendo capacitación para usted y cualquiera que lo esté ayudando en los tratamientos de diálisis en el hogar • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (por ejemplo, si es necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia así como para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos bajo 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”.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Se requiere remisión.</p> <p>Coaseguro del 20 % para diálisis renal. Se requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Atención en un centro especializado de enfermería (Skilled nursing facility, SNF)*</p> <p>(La definición de “centro de enfermería especializada” se incluye en el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empaquetados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o tener sangre donada por usted o alguna otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros quirúrgicos y médicos que por lo general son facilitados por los SNF • Pruebas de laboratorio que por lo general son realizadas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que por lo general son realizados por los SNF • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas que, por lo general, son proporcionados por los SNF • Servicios médicos/especializados <p>No se requiere una internación en el hospital para que comience la cobertura del SNF.</p> <p>En la mayoría de los casos, recibirá la atención del SNF en centros pertenecientes a la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias que se describen a continuación, es posible que reciba atención en un centro que no sea proveedor de la red, si es que el centro acepta nuestros montos de pago del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o comunidad de atención continua para adultos mayores donde usted estaba viviendo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando brinde una atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo al momento que usted sale del hospital. 	<p>En 2021, los montos para cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Terapia contra el tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o usar tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses, sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	No existe coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Terapia Supervisada de Ejercicios (Supervised Exercise Therapy, SET)*</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para la EAP en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser entregado 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>El SET se puede cubrir 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>Copago de \$25 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión y autorización previa.</p>
<p>Servicios requeridos con urgencia</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios brindados fuera de la red son los mismos que para aquellos dentro de la red.</p> <p>Cobertura limitada a los EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$40 por visita.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Cuidado de la visión*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo, inclusive el tratamiento para la degeneración macular asociada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o 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 está cubierta 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 dos años. Las lentes de contacto incluyen marcos y tarifa de ajuste, hasta el monto de la cobertura. La cobertura incluye la recepción de anteojos y lentes de contacto en un período de cobertura. 	<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). Se requiere remisión y autorización previa para los exámenes de la vista.</p> <p>Coaseguro del 20 % para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$25 por anteojos no cubiertos por Medicare.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$200 cada 2 años por lentes de contacto y tarifa de ajuste o anteojos (marcos y / o lentes).</p> <p>Se requiere autorización previa para anteojos cubiertos por Medicare (anteojos o lentes de contacto).</p> <p>Debe utilizar los proveedores de la red de Banner Prime para estos servicios.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la única visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye un revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluye ciertos exámenes de detección y vacunas) y remisiones a atención adicional, si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se aplica coaseguro, copago o deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Se requiere una referencia médica y autorización previa para EKG después de consulta de bienvenida.</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 están incluidos 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 por ellos. Si se inscribe para recibir beneficios complementarios opcionales, pero no paga su prima, sus beneficios se reducirán para excluir los beneficios complementarios opcionales de su cobertura. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Servicios odontológicos*

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

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

Debe utilizar los proveedores de la red de Banner Prime para estos servicios.

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

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

Restorations:

20%- Rellenos de amalgama y resina, infiltración de resina de una lesión incipiente de la superficie lisa, incrustaciones / onlays, restauraciones protectoras; recementación o realineación intracoronaria, extracoronaria, restauración parcial, corona

50%- Coronas, reconstrucción de muñones, retención de pasadores por diente, poste y muñón, cada poste adicional, reparación de corona necesaria por falla del material de restauración

Endodoncia:

50%- Pulpotomía y desbridamiento pulpar macroscópico del diente, conductos radiculares y retratamiento del conducto radicular anterior; Apicectomía / Cirugía perirradicular y relleno retrógrado

Periodoncia:

50%- Gingivectomía-gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea, alargamiento clínico de coronas; Raspado periodontal y alisado radicular, desbridamiento bucal completo

Extracciones:

20% -Extracciones y coronectomía

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

20% - Ajustes, restauraciones, restauración de base o soporte protésico o reemplazo 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

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

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)**

En esta sección, se describen los servicios “excluidos” de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

El cuadro a continuación enumera los servicios y los artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo en condiciones específicas.

Si usted adquiere servicios que están excluidos (que no están cubiertos), deberá pagar por ellos. No pagaremos los servicios médicos excluidos enumerados en el cuadro que aparece abajo, excepto en las circunstancias específicas establecidas. La única excepción: pagaremos si al presentarse una apelación se determina que un servicio que figura en el cuadro a continuación es un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a una circunstancia específica. (Para obtener información sobre la forma de apelar una decisión que hayamos tomado con respecto a no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 en el presente folleto.)

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en el cuadro que aparece abajo.

Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, esos servicios seguirán sin cobertura y nuestro plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Servicios no considerados razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que a criterio de nuestro plan y de Original Medicare no son aceptados en forma general por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería a domicilio a tiempo completo.	✓	
*La atención supervisada es atención provista en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no requiere atención médica o de enfermería especializada.	✓	
Servicios de ama de casa, que incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas preparación de comidas o tareas domésticas livianas.	✓	
Honorarios cobrados por la atención por sus parientes inmediatos o integrantes de su vivienda.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una malformación de un miembro del cuerpo. • Cobertura de todas las etapas de la reconstrucción mamaria después de una mastectomía, inclusive para la mama no afectada para producir un aspecto simétrico.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Atención odontológica preventiva.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención odontológica requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. • Atención odontológica integral (no preventiva) comprada como beneficio complementario opcional (consulte el Capítulo 4, Sección 2.2)
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si los zapatos forman parte de un arnés para las piernas y están incluidos en el costo del arnés, o los zapatos son para una persona con pie diabético.</p>
Atención de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se provee cierta cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare; por ejemplo, si tiene diabetes.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.</p>
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para una visión escasa.	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos de venta libre.	✓	
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Acupuntura		✓

La atención supervisada o cuidados no especializados son cuidados que no requieren atención continua de personal médico o paramédico entrenado, tales como la ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

Beneficios odontológicos: Códigos cubiertos y limitaciones

Códigos de cobertura y limitaciones para beneficios preventivos y de diagnóstico:

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

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

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

Códigos de cobertura y limitaciones para beneficios odontológicos integrales:

Código	Descripción del servicio	Directrices administrativas
	Restaurador básico (empastes)	
D2140	Amalgama - una superficie, primaria o permanente	Una vez cada 24 meses
D2150	Amalgama - dos superficies, primaria o permanente	Una vez cada 24 meses
D2160	Amalgama - tres superficies, primaria o permanente	Una vez cada 24 meses
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, primaria o permanente	Una vez cada 24 meses
	Restaurador de resina (empastes)	

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

D2330	Compuesto a base de resina - 1 superficie, anterior	Una vez cada 24 meses
D2331	Compuesto a base de resina - 2 superficies, anterior	Una vez cada 24 meses
D2332	Compuesto a base de resina - 3 superficies, anterior	Una vez cada 24 meses
D2335	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, anterior	Una vez cada 24 meses
D2390	Corona de resina compuesta, anterior	Una vez cada 24 meses
D2391	Compuesto a base de resina - 1 superficie, posterior	Una vez cada 24 meses
D2392	Compuesto a base de resina - 2 superficies, posterior	Una vez cada 24 meses
D2393	Compuesto a base de resina - 3 superficies, posterior	Una vez cada 24 meses
D2394	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, posterior	Una vez cada 24 meses
Restauraciones de inlay/onlay		
D2510	Incrustación intracoronaria - metálica - una superficie	Una vez cada 60 meses
D2520	Incrustación intracoronaria - metálica - dos superficies	Una vez cada 60 meses
D2530	Incrustación intracoronaria - metálica - tres o más superficies	Una vez cada 60 meses
D2542	Incrustación extracoronaria - metálica - dos superficies	Una vez cada 60 meses
D2543	Incrustación extracoronaria - metálica - tres superficies	Una vez cada 60 meses
D2544	Incrustación extracoronaria - metálica - cuatro o más superficies	Una vez cada 60 meses
D2610	Incrustación intracoronaria - porcelana/cerámica - una superficie	Una vez cada 60 meses
D2620	Incrustación intracoronaria - porcelana/cerámica - dos superficies	Una vez cada 60 meses
D2630	Incrustación intracoronaria - porcelana/cerámica - tres o más superficies	Una vez cada 60 meses
D2642	Incrustación extracoronaria - porcelana/cerámica - dos superficies	Una vez cada 60 meses
D2643	Incrustación extracoronaria - porcelana/cerámica - tres superficies	Una vez cada 60 meses
D2644	Incrustación extracoronaria - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies	Una vez cada 60 meses
D2650	Incrustación intracoronaria - resina, compuesto base - una superficie	Una vez cada 60 meses
D2651	Incrustación intracoronaria - resina, compuesto base - dos superficies	Una vez cada 60 meses
D2652	Incrustación intracoronaria - resina, compuesto base - tres o más superficies	Una vez cada 60 meses
D2662	Incrustación extracoronaria - resina, compuesto base - dos superficies	Una vez cada 60 meses
D2663	Incrustación extracoronaria - resina, compuesto base - tres superficies	Una vez cada 60 meses

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

D2664	Incrustación extracoronaria - resina, compuesto base - cuatro o más superficies	Una vez cada 60 meses
	Coronas: solo restauración (coronas significa prostodoncia)	
D2710	Corona - resina - (indirecto)	Una vez cada 60 meses
D2712	Corona - 3/4 resina, compuesto base (indirecto)	Una vez cada 60 meses
D2720	Corona - resina con metal noble de alta resistencia	Una vez cada 60 meses
D2721	Corona - resina con metal predominante común	Una vez cada 60 meses
D2722	Corona - resina con metal noble	Una vez cada 60 meses
D2740	Corona - porcelana/cerámica	Una vez cada 60 meses
D2750	Corona - plana fundida con metal noble	Una vez cada 60 meses
D2751	Corona - porcelana fundida a un metal predominante común	Una vez cada 60 meses
D2752	Corona - porcelana fundida a un metal noble	Una vez cada 60 meses
D2753	Corona -porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses
D2780	Corona - colado de metal noble de alta resistencia -3/4	Una vez cada 60 meses
D2781	Corona - colado de metal predominante común - 3/4	Una vez cada 60 meses
D2782	Corona - colado de metal noble -3/4	Una vez cada 60 meses
D2783	Corona - porcelana/cerámica - 3/4	Una vez cada 60 meses
D2790	Corona - colado completo de metal noble de alta resistencia	Una vez cada 60 meses
D2791	Corona - colado completo de metal predominante común	Una vez cada 60 meses
D2792	Corona - colado completo de metal noble	Una vez cada 60 meses
D2794	Corona - titanio	Una vez cada 60 meses
D2799	Corona provisional	Anulado - incluido en el beneficio de la corona
	Restauraciones mayores (coronas significa prostodoncia)	
D2910	Recementar o reunificar incrustación intracoronaria, extracoronaria, carilla o restauración de la cobertura parcial	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D2915	Recementar o reunificar fabricado indirectamente	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D2920	Recementar o reunificar corona	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D2940	Restauración de protección	Una vez por diente de por vida
D2950	Reconstrucción de muñón, incluyendo pernos cuando sea necesario	Una vez por diente cada 60 meses
D2951	Retención con perno - por diente, además de la restauración	Una vez por diente cada 60 meses
D2952	Poste y perno además de 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

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

D2954	Poste y perno prefabricados además de corona	Una vez por diente cada 60 meses
D2980	Reparación de corona necesaria por fallo del material de restauración	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D2990	Infiltración de resina en lesiones incipientes de superficie lisa	Una vez cada 24 meses
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, por informe	
	Pulpotomía	
D3220	Pulpotomía terapéutica	Una vez por diente de por vida
D3221	Desbridamiento pulpar, diente primario y permanente	Una vez por diente de por vida
	Tratamiento de conducto	
D3310	Terapia de endodoncia, (tratamiento de conducto), anterior	Una vez por diente permanente de por vida
D3320	Terapia de endodoncia, (tratamiento de conducto), bicúspides	Una vez por diente permanente de por vida
D3330	Terapia de endodoncia, (tratamiento de conducto), molar	Una vez por diente permanente de por vida
D3331	Tratamiento para la obstrucción de tratamiento del conducto, sin acceso quirúrgico	Una vez por diente permanente de por vida
D3346	Retratamiento para tratamiento anterior de conducto - anterior	Una vez por diente permanente de por vida
D3347	Retratamiento para tratamiento anterior de conducto - bicúspides	Una vez por diente permanente de por vida
D3348	Retratamiento para tratamiento anterior de conducto - molar	Una vez por diente permanente de por vida
D3999	Procedimiento endontónico no especificado	
	Apicectomía / Servicios perirradiculares	
D3410	Apicectomía, diente anterior	Una vez por diente permanente de por vida
D3421	Apicectomía/perirradicular - bicúspides (primera raíz)	Una vez por diente permanente de por vida
D3425	Cirugía apicectomía/perirradicular - molar (primera raíz)	Una vez por diente permanente de por vida
D3426	Cirugía apicectomía/perirradicular (cada raíz adicional)	Una vez por diente permanente de por vida
D3430	Empaste 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, incluyendo planificación de conducto - cuatro o más dientes contiguos o diente delimitado por espacios por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses

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

D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo planificación de conducto - uno a tres dientes contiguos o diente delimitado por espacios por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4249	Alargamiento clínico de corona - 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	Tartrectomía y alisado radicular - cuatro o más dientes con enfermedades por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4342	Tartrectomía y alisado radicular - 1 a 3 dientes con enfermedades por cuadrante	Una vez por cuadrante cada 36 meses
D4355	Desbridamiento total de la boca para permitir la evaluación integral y diagnóstico	Una vez cada 36 meses
Otros servicios periodontales		
D4999	Procedimiento periodontal no especificado	
Prótesis dental completa		
D5110	Prótesis dental completa - maxilar	Una vez cada 60 meses
D5120	Prótesis dental completa - mandibular	Una vez cada 60 meses
D5130	Prótesis dental inmediata - maxilar	Una vez cada 60 meses
D5140	Prótesis dental inmediata - maxilar	Una vez cada 60 meses
Prótesis dentales parciales		
D5211	Maxilar (superior) - prótesis dental parcial - base de resina (incluyendo cualquier gancho convencional, soporte y dientes)	Una vez cada 60 meses
D5212	Prótesis dental parcial mandibular (inferior) - base de resina	Una vez cada 60 meses
D5213	Prótesis dental parcial maxilar (superior) - estructura de metal colado con bases de resina	Una vez cada 60 meses
D5214	Prótesis dental parcial mandibular (inferior) - estructura de metal colado con bases de resina	Una vez cada 60 meses
D5221	Prótesis dental parcial maxilar (superior) inmediata - base de resina	Una vez cada 60 meses
D5222	Prótesis dental parcial mandibular (inferior) inmediata - base de resina	Una vez cada 60 meses
D5223	D5213 Prótesis dental parcial maxilar (superior) - estructura de metal colado con bases de prótesis dental de resina	Una vez cada 60 meses
D5224	D5213 Prótesis dental parcial mandibular (inferior) - estructura de metal colado con bases de prótesis dental de resina	Una vez cada 60 meses
D5225	Prótesis dental parcial maxilar (superior) - base flexible	Una vez cada 60 meses
D5226	Prótesis dental parcial mandibular (inferior) - base flexible	Una vez cada 60 meses
Ajustes de prótesis removibles		

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

D5410	Ajuste de prótesis dental completa - maxilar	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5411	Ajuste de prótesis dental completa - mandibular	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5421	Ajuste de prótesis dental parcial - maxilar	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial - mandibular	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
Reparaciones en prótesis dental completa		
D5511	Reparación de base de prótesis dental completa rota, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5512	Reparación de base de prótesis dental 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 faltantes o rotos - prótesis dental 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 prótesis dental de resina, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses
D5612	Reparación de base prótesis dental de resina, maxilar	Una vez por arco cada 12 meses
D5621	Reparación de la estructura del molde, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses
D5622	Reparación de la estructura del molde, maxilar	Una vez por arco cada 12 meses
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto - por diente	Una vez por diente cada 12 meses
D5640	Reemplazo de diente roto - por diente	Una vez por diente cada 12 meses
D5650	Agregar diente a la prótesis dental parcial existente	Una vez por diente cada 12 meses
D5660	Agregar gancho a la prótesis dental parcial existente - por diente	Una vez por diente cada 12 meses
Procedimientos de rehacer prótesis dentales		
D5710	Rehacer la base de dentadura postiza maxilar completa	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5711	Rehacer la base de dentadura postiza mandibular completa	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5720	Rehacer la base de dentadura postiza maxilar parcial	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5721	Rehacer la base de dentadura postiza mandibular parcial	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
Procedimientos de relleno de prótesis dental		

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

D5730	Realignar el revestimiento de dentadura postiza maxilar (superior) completa (en el consultorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5731	Realignar el revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5740	Realignar Prótesis dental parcial maxilar (superior) (en el consultorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5741	Realignar Prótesis dental parcial maxilar (inferior) (en el consultorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5750	Realignar el revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5751	Realignar el revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5760	Realignar Prótesis dental parcial maxilar (laboratorio)	Una vez cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)
D5761	Realignar Prótesis dental parcial mandibular (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 permitido durante 60 meses después de la entrega de una nueva prótesis
D5851	Acondicionamiento de tejidos mandibulares	Solo se permite junto con la fabricación de una nueva prótesis. No permitido durante 60 meses después de la entrega de una nueva prótesis
D5863	Sobredentadura completa maxilar	Una vez cada 60 meses
D5864	Sobredentadura parcial maxilar	Una vez cada 60 meses
D5865	Sobredentadura completa mandibular	Una vez cada 60 meses
D5866	Sobredentadura parcial mandibular	Una vez cada 60 meses
D5876	Agregar una subestructura metálica a la prótesis dental completa acrílica	
D5899	Procedimientos prostodónticos removibles no especificados	
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, según informe	
Implantes intraóseos		
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 en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6059	Corona de porcelana fusionada con metal (metal noble de alta resistencia) apoyada en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante

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

D6060	Corona de porcelana fusionada con metal (base metálica) apoyada en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6061	Corona de porcelana fusionada con metal (metal noble) apoyada en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6062	Corona de metal fundido (noble de alta resistencia) apoyada en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6063	Corona de metal fundido (base metálica) apoyada en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6064	Corona de metal fundido (metal noble) apoyada en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6065	Corona de porcelana/cerámica soportada con implante	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6066	Corona de porcelana fusionada con metal (titanio, aleación de titanio, metal noble de alta resistencia) apoyada en un implante	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6067	Corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal noble de alta resistencia) apoyada en un implante	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6068	Retenedor para FPD de porcelana/cerámica apoyada en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6069	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal (metal noble de alta resistencia) apoyado en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6070	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal (predominantemente metal común) apoyado en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6071	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal (metal noble) apoyado en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6072	Retenedor para FPD de metal fundido (metal altamente noble) apoyado en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6073	Retenedor para FPD de hierro fundido (metal predominantemente común) apoyado en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6074	Retenedor para FPD de metal fundido (metal noble) apoyado en un soporte	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6075	Retenedor para FPD de cerámica apoyado en un implante	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6076	Retenedor para FPD de porcelana fusionado con metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble) apoyado en un implante	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6077	Retenedor para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble) apoyado en un implante	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6082	Corona soportada sobre implantes - porcelana fusionada a aleaciones predominantemente base	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6083	Corona soportada sobre implantes - porcelana fusionada con aleaciones nobles	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6084	Corona soportada sobre implantes - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6086	Corona soportada sobre implantes - predominantemente aleaciones base	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6087	Corona soportada sobre implantes - aleaciones	Una vez cada 60 meses por cuadrante

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

	nobles	
D6088	Corona soportada sobre 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	Recementar o reunificar corona apoyada en un implante/soporte	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D6093	Recementar o reunificar implante/pilar prótesis parcial fija	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D6094	Corona soportada en un pilar - titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6097	Corona soportada en un pilar - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6098	Retenedor soportado por implante - porcelana fusionada a aleaciones predominantemente base	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6099	Retenedor soportado por implantes para FPD - porcelana fusionada con aleaciones nobles	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6120	Retenedor soportado sobre implantes - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6121	Retenedor soportado por implantes para FPD metálico - predominantemente aleaciones base	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6122	Retenedor soportado por implantes para FPD metálico - aleaciones base	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6123	Retenedor soportado por implantes para FPD metálico - titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
D6195	Retenedor soportado en un pilar - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses por cuadrante
	Pónticos fijos para prótesis dentales parciales	
D6205	Compuesto a base de resina póntico-indirecto	Una vez cada 60 meses
D6210	Póntico - molde de metal altamente noble	Una vez cada 60 meses
D6211	Póntico - fundición predominantemente de metal común	Una vez cada 60 meses
D6212	Póntico - molde de metal noble	Una vez cada 60 meses
D6214	Póntico - titanio	Una vez cada 60 meses
D6240	Póntico - porcelana fundida a un metal noble de alta resistencia	Una vez cada 60 meses
D6241	Póntico - porcelana fundida a un metal	Una vez cada 60 meses
D6242	Póntico - porcelana fundida a un metal noble	Una vez cada 60 meses
D6243	Corona -porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses
D6245	Póntico - sustrato de cerámica de porcelana	Una vez cada 60 meses
D6250	Póntica - resina con metal noble de alta resistencia	Una vez cada 60 meses
D6251	Póntico - resina con base metálica	Una vez cada 60 meses
D6252	Póntico - resina con metal noble	Una vez cada 60 meses
D6545	Retenedor - metal fundido para prótesis fija adherida con resina	Una vez cada 60 meses

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

D6548	Retenedor - porcelana / cerámica para prótesis fija adherida con resina	Una vez cada 60 meses
D6549	Retenedor de resina para prótesis fija adherida con resina	Una vez cada 60 meses
D6602	Retenedor intracoronario - metal noble, dos superficies	Una vez cada 60 meses
D6603	Retenedor intracoronario - metal noble, tres o más superficies	Una vez cada 60 meses
D6604	Retenedor intracoronario - base metálica, 2 superficies	Una vez cada 60 meses
D6605	Retenedor intracoronario - base metálica, 3 o más superficies	Una vez cada 60 meses
D6606	Retenedor intracoronario - metal noble fundido, dos superficies	Una vez cada 60 meses
D6607	Retenedor intracoronario - metal noble fundido, 3 o más superficies	Una vez cada 60 meses
D6608	Retenedor extracoronario - porcelana/cerámica - dos superficies	Una vez cada 60 meses
D6609	Retenedor extracoronario - porcelana/cerámica - tres o más superficies	Una vez cada 60 meses
D6610	Retenedor extracoronario - metal altamente noble fundido, dos superficies	Una vez cada 60 meses
D6611	Retenedor extracoronario - metal altamente noble fundido, tres superficies	Una vez cada 60 meses
D6612	Retenedor extracoronario - fundición predominantemente de metal común, 2 superficies	Una vez cada 60 meses
D6613	Retenedor extracoronario - fundición predominantemente de metal común, 3 superficies	Una vez cada 60 meses
D6614	Retenedor extracoronario - metal noble fundido, dos superficies	Una vez cada 60 meses
D6615	Retenedor extracoronario - metal noble fundido, 3 o más superficies	Una vez cada 60 meses
D6624	Retenedor intracoronario - titanio	Una vez cada 60 meses
D6634	Retenedor extracoronario - titanio	Una vez cada 60 meses
D6710	Corona de retención - compuesto a base de resina indirecto	Una vez cada 60 meses
Coronas de retención de prótesis parciales fijas		
D6720	Corona de retención - resina con metal altamente noble	Una vez cada 60 meses
D6721	Corona de retención - resina con metal predominante común	Una vez cada 60 meses
D6722	Corona de retención - resina con metal noble	Una vez cada 60 meses
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica	Una vez cada 60 meses
D6750	Coronas de retención - porcelana fundida a metal altamente noble	Una vez cada 60 meses
D6751	Corona de retención - porcelana fundida a un metal	Una vez cada 60 meses
D6752	Corona de retención - porcelana fundida a un metal noble	Una vez cada 60 meses

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

D6753	Corona de retención - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	Una vez cada 60 meses
D6780	Coronas de retención - colado de metal de alta resistencia - 3/4	Una vez cada 60 meses
D6781	Corona de retención - colado de base de metal predominante común - 3/4	Una vez cada 60 meses
D6782	Corona de retención - colado de metal noble - 3/4	Una vez cada 60 meses
D6784	Corona de retención - titanio y aleaciones de titanio - 3/4	Una vez cada 60 meses
D6790	Coronas de retención - colado de metal de alta resistencia - completa	Una vez cada 60 meses
D6791	Coronas de retención - colado de base metálica - completa	Una vez cada 60 meses
D6792	Coronas de retención - colado de metal noble - completa	Una vez cada 60 meses
D6793	Corona de retención provisional	Una vez cada 60 meses
D6794	Corona de retención - titanio	Una vez cada 60 meses
	Otros servicios de prótesis dentales parciales fijas	
D6930	Recementar prótesis dentales parciales fijas	Una vez cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial
D6980	Reparación de prótesis dental parcial fija,	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	Remoción de un diente golpeado - tejido blando	Una vez por diente de por vida
D7230	Remoción de un diente golpeado - parcialmente óseo	Una vez por diente de por vida
D7240	Remoción de un diente golpeado - totalmente óseo	Una vez por diente de por vida
D7241	Extracción de diente golpeado - completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Una vez por diente de por vida
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 oroantral	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 prótesis dentales	
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida

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

D7311	Alveoloplastía 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	Alveoloplastía no junto con extracciones - uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	Uno por cuadrante de por vida
Vestibuloplastía		
D7340	Vestibuloplastía: extensión de la cresta (epitelización secundaria)	Uno por arco de por vida
D7350	Extensiones de vestibuloplastía-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	Escisión 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	Escisión de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	
D7451	Escisión de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	
D7460	Escisión de quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	
D7461	Escisión de quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	
D7471	Escisión de exostosis lateral (maxilar - superior o inferior)	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
Incisión quirúrgica		
D7510	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intraoral	no permitido junto con la extracción en la misma fecha de servicio
D7520	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando extraoral	
D7521	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando extraoral complicado	
Otros procedimientos de reparación		
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) - procedimiento separado	Uno por arco de por vida
D7963	Frenuloplastía	Uno por arco de por vida

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

D7970	Escisión de tejido hiperplástico - 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 del servicio.
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada aumento siguiente de 15 minutos	3 por miembro por fecha del servicio.
D9230	Inhalación de óxido nitroso / analgesia, ansiolisis	Una por miembro por fecha del servicio.
D9239	Moderación intravenosa (consciente)	Una por miembro por fecha del servicio.
D9243	Moderación intravenosa (consciente) - cada incremento posterior de 15 minutos	3 por miembro por fecha del servicio.
D9248	Sedación no intravenosa (consciente)	Una por miembro por fecha del servicio.
Consulta profesional		
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico proporcionado por el dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Uno por proveedor o ubicación por año.
Visitas a profesionales		
D9410	Llamada a domicilio / centro de atención extendida	Una por fecha del servicio. 6 al año
D9420	Llamada al hospital o centro quirúrgico ambulatorio	Una por fecha del servicio. 6 al año
Servicios misceláneos		
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	2 cada 12 meses
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgico)	Una vez al año por paciente. No debe usarse para el cuidado postoperatorio de rutina o el tratamiento de alveolitis seca
D9950	Análisis oclusal - caja montada	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 los siguientes:

- Implantes dentales
- Costo por faltar a las citas dentales
- Procedimientos dentales recibidos de un proveedor fuera de la red.
- Procedimientos dentales que no figuran en la lista anterior de códigos de beneficios dentales.
- Procedimientos dentales únicamente por razones cosméticas / estéticas.
- Procedimientos dentales que no 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 preguntas, comuníquese con nuestro

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

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

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	122
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	122
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan .	123
SECCIÓN 2	Surtir su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan.....	123
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, use una farmacia de la red	123
Sección 2.2	Encontrar farmacias de la red	124
Sección 2.3	Usar los servicios de pedido por correo del plan.....	125
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	126
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?	126
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	127
Sección 3.1	La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	127
Sección 3.2	Hay seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de medicamentos	129
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	129
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.	129
Sección 4.1	¿Porque algunos medicamentos tienen restricciones?.....	129
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?.....	130
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	131
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría?.....	131
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que le gustaría que estuviera cubierto.....	131
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?	132
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?	135

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

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	135
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	135
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?	136
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	138
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	138
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta.....	139
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	139
Sección 8.2	¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de miembro?	139
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	140
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?	140
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)?.....	140
Sección 9.3	¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan grupal de jubilados?.....	141
Sección 9.4	¿Qué pasa si está en un hospicio certificado por Medicare?.....	142
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos	142
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura.....	142
Sección 10.2	Programa de administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	143

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

El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos recetados. La Sección 7 del Capítulo 2 le ofrece más detalles sobre este programa.

¿Recibe actualmente asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de este folleto *Evidencia de la Cobertura sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D* puede no ser aplicable a su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	En este capítulo, se describe su cobertura de medicamentos de la Parte D
--------------------	---

Este capítulo **explica las reglas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo, se le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Banner Prime también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan, por lo general, cubre los medicamentos que usted recibe durante estancias cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre los medicamentos, incluidos ciertos medicamentos de quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que se le administran durante una visita al consultorio médico y medicamentos que se le administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*) describe los beneficios y costos de los medicamentos durante una estancia cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como también sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos en virtud del beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare*). Si desea más información acerca de la

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

cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué debe pagar usted*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos de conformidad con 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 la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

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

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

- Usted debe tener un proveedor (médico, dentista u otro profesional) que expida la receta.
- El profesional que expide sus recetas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas, o se denegará su reclamación de la Parte D. Debe consultar en la próxima visita a su médico si cumplen con esta condición. Caso contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que expide la receta presente los documentos necesarios para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (se denomina “Lista de Medicamentos” en su forma abreviada). (Consulte la Sección 3. *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan.*)
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médica aceptada. (Una “indicación médica aceptada” es el uso de un medicamento aprobado por la Food and Drug Administration [Administración de Drogas y Alimentos] o respaldado por cierta documentación de remisión. (Consulte la Sección 3 para obtener información adicional sobre una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red

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

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

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

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

¿Cómo ubica 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 (www.BannerMA.com), o llamar al 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 surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor emita una receta nueva o que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente se retira de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para buscar otra farmacia de la red que esté en su área, puede solicitar ayuda al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o utilizar el *Directorio de farmacias y proveedores*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.BannerMA.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Las farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) cuentan con farmacias propias. Si usted se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de la red de farmacias de LTC que es, por lo general, la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para Servicios de Salud Indígena / Tribal / Programa de Salud Indígena Urbano [Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program] (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los Nativos Norteamericanos o Nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.

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

- Farmacias que expiden medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario no debería ser muy frecuente).

Para buscar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3. Utilizar los Servicios de pedidos por correo del plan

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan para que le entreguen sus medicamentos recetados. Por lo general, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son aquellos que utiliza regularmente para tratar una afección médica crónica o de larga duración. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta no estará cubierta.

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

Para solicitar medicamentos recetados en nuestra farmacia de pedidos por correo, puede descargar la aplicación Banner Rx disponible en Google Play Store o Apple App Store. También puede ir a www.BannerHealth.medrefill.com. Seleccione Banner Family Pharmacy (BFP) - Chandler como la tienda para la entrega a domicilio. A través de la aplicación, puede ver sus recetas, pedir resurtidos, 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 la farmacia de pedido por correo en no más de 10 días. Si por alguna razón su pedido no se puede entregar dentro de los 10 días, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

La farmacia recibe las nuevas recetas directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante. Ello le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la formulación) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de la facturación y el envío. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, a fin de que sepan qué hacer con la nueva receta e impedir demoras en el envío.

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

Reposiciones de las recetas de pedido por correo. Si desea una reposición, póngase en contacto con su farmacia 10 días antes de que usted crea que se quedará sin los medicamentos para asegurarse de que el próximo envío le llegue a tiempo.

De esta manera, la farmacia puede contactarlo para confirmar su pedido antes del envío; asegúrese de hacerle saber a la farmacia los mejores métodos de contacto. Comuníquese con Banner Family Pharmacy al (844) 747-6441 o en línea en www.BannerHealth.MedRefill.com. También puede descargar nuestra aplicación Banner Rx: Busque "Banner Rx" en la App Store de Apple o Google Play. Para obtener una farmacia alternativa de pedido por correo, puede comunicarse con MedImpact Direct Mail Order al (855) -873-8739 o en www.medimpactdirect.com.

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

Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, su gasto compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") de medicamentos de "mantenimiento" que estén en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma regularmente para tratar una afección médica crónica o a largo plazo). Usted puede solicitar este suministro a través del servicio de envío por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acercarse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le informa qué farmacias en nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
2. Usted puede usar los **servicios de pedido por correo de la red del plan**. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener mayor información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Su receta puede ser cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las cuales podrá surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si

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

no puede usar una farmacia de la red, a continuación se indican las circunstancias en las que cubriremos medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red:

- Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera de nuestra área de cobertura, puede enfermarse o perder o quedarse sin medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si una farmacia de la red no está disponible.
- Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los 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 para comunicarse con el Centro de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo total (en lugar de su gasto compartido normal) al momento de reponer su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 explica de qué manera solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 3.1	En la “Lista de medicamentos”, se le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--------------------	--

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En este folleto *Evidencia de Cobertura*, la llamamos “**Lista de Medicamentos**” en su forma abreviada.

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

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan, siempre y cuando cumpla con el resto de las reglas de cobertura explicadas en este capítulo, y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médica aceptada” es cuando el uso de un medicamento cumple *alguna* de las dos opciones siguientes:

- Esté autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration). (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se receta).
- - o - Respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario de American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX. La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que posee los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, es igual de efectivo que el medicamento de marca y normalmente cuesta menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que plan alguno de Medicare cubra cierto tipo de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir algún medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.

Sección 3.2	Existen seis “niveles de costos compartidos” para los medicamentos en la Lista de Medicamentos
--------------------	---

Cada uno de los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de 6 niveles de gastos compartidos. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de gastos compartidos, más alto es su costo por el 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 - Medicamentos especializados (nivel de costo compartido más alto)
- Nivel 6 - Medicamentos para tratamientos seleccionados: (ciertos medicamentos de copago de \$ 0)

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

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

El monto que paga en cada nivel de costos compartidos se describe en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

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

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

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

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

Si existe una restricción para el medicamento que toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso formal de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar

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

sin efecto la restricción en su caso. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información adicional sobre la forma de solicitar excepciones).

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

Sección 4.2 ¿Qué clase de restricciones?

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

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

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

Cómo obtener aprobación del plan por adelantado

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

Trate de usar primero un medicamento diferente

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

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

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener limitando la cantidad que puede obtener de un medicamento recetado cada vez que lo surte. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una pastilla por día.

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

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

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

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

Sección 5.1 Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera

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

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

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

durante un periodo en particular. En algunos casos, puede desear que lo eximamos de la restricción.

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

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

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

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

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

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

Quizás pueda obtener un suministro temporal

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

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

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan.**
- -- o -- El medicamento que ha estado tomando ahora tiene **algún tipo de restricción** (la Sección 4 de este capítulo le informa cuáles son las restricciones).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Miembros que terminan un centro de atención a largo plazo se quedan 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 al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cambiarlo por otro medicamento.

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

Puede solicitar una excepción

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

Si actualmente es un miembro y se eliminará del formulario un medicamento que toma o se lo limitará de alguna manera para el año próximo, permitiremos que solicite una excepción al formulario con antelación para el año próximo. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración que avala la solicitud del profesional que expide la receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se informan cuáles son los pasos a seguir. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de forma pronta y justa.

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

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

Cambiarlo por otro medicamento.

Si el medicamento está en un nivel de gasto compartido que a su criterio es demasiado alto, comience por comentarlo con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que sea igual de efectivo para usted. Puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono para comunicarse con el Centro de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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

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

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.

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

- Es posible que no le informemos por adelantado antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
- Usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o 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 hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o retirado del mercado por otra razón. En este caso, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
 - Su recetador también estará informado acerca de este cambio y podrá trabajar junto a usted para encontrar otro medicamento para su 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 o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios en función de las advertencias en recuadro de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y un resurtido de 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

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

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

- Si movemos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Si establecemos una restricción en su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos

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

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

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

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

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

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

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

medicamentos del servicio de formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguno de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso aceptado para otros propósitos”.

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

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

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

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nota especial sobre ‘cobertura acreditable’:

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

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

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

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

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

- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

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

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

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

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

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

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

Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información al respecto. Si usted decide no participar, debe notificarnos para que lo retiremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	147
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos.	147
Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos	148
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento.....	148
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Banner Prime?	148
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	149
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D").....	149
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.....	150
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca y especializados.	151
Sección 4.1	Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$150 por sus medicamentos	151
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	152
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta	152
Sección 5.2	Una tabla que muestra los costos de un suministro de un medicamento para un mes.....	153
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes... ..	154
Sección 5.4	Una tabla que muestra los costos de un suministro a <i>largo plazo</i> (90 días) de un medicamento.....	155
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los \$4,130.....	156

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de período sin cobertura, el plan brinda cierta cobertura de medicamentos	157
Sección 6.1	Permanece en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen \$6,550	157
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo por medicamentos recetados	161
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos.	161
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.....	161
SECCIÓN 8	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga	161
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y por el costo de administrarle la vacuna.....	161
Sección 8.2	Es posible que desee llamarnos a nuestro Centro de Atención al Cliente antes de recibir una vacuna.	163



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

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

¿Recibe actualmente asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de este folleto *Evidencia de la Cobertura sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D* puede no ser aplicable a su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.** Para mantener las cosas simples, la denominamos “Lista de Medicamentos”.
 - Esta Lista de Medicamentos nos indica cuales medicamentos están cubiertos para usted.
 - También define en cuál de los 6 “niveles de gastos compartidos” se encuentra el medicamento y si existen restricciones en su cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web

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

en www.BannerMA.com. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 del presente folleto.** El Capítulo 5 incluye los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir al recibir dichos medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le informa qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el Capítulo 5 para más detalles). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de las farmacias en la red del plan. También le indica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que debe pagar por medicamentos cubiertos
--------------------	--

Para entender la información de pago en este capítulo, necesita saber sobre los tipos de costos de desembolso personal que debe realizar por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "gasto compartido" y hay tres maneras en las que usted puede pagar.

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

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

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

Como se muestra en el siguiente cuadro, existen "etapas de pago por medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo Banner Prime. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la cual se encuentra usted cuando adquiere el medicamento recetado o la reposición.

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

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

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

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

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

- Llevamos registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo de **“desembolso personal”**.
- Llevamos registro de su **“costo total de medicamentos.”** Este es el monto que paga como desembolso personal o que otros pagan por usted, más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido una o más recetas a través del plan, durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que

toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo.

Incluye: Este informe incluye:

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

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

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

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

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

- Cuando realiza un copago por medicamentos que se suministran como parte de un programa de asistencia del fabricante del medicamento al paciente.
- En cualquier momento que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red, o cuando haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por algunos individuos y organizaciones también se toman en cuenta en el cálculo de sus costos de desembolso personal y ayudan a que usted pueda calificar para recibir la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las beneficencias se toman en cuenta para sus costos de bolsillo. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que nosotros hagamos lo propio con sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios* (EOB de la Parte D) por correo, léala con cuidado para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo falta en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

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

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

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

- Su “**costo total**”, por lo general, es más bajo que el precio total normal del medicamento, dado que nuestro plan ha negociado costos más bajos para muchos medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

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

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

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

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

El plan posee 6 niveles de costos compartidos

Cada uno de los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de 6 niveles de gastos compartidos. Por lo general, cuanto más alto es el número que identifica al nivel de gastos compartidos, más alto es su costo por el 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 - Medicamentos especializados (nivel de costo compartido más alto)
- Nivel 6 - Medicamentos para tratamientos seleccionados: (ciertos medicamentos de copago de \$ 0)

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

Sus opciones de farmacias

Lo que paga por un medicamento dependerá del lugar donde lo obtenga:

- En una farmacia minorista que se encuentra dentro de la red de nuestro plan
- En una farmacia que no se encuentra en la red del plan
- En la farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias para surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 en el presente folleto, o el *Directorio de Farmacias del plan*.

Sección 5.2	Cuadro que muestra sus costos por el suministro de un mes de un medicamento
--------------------	--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coaseguro.

- “**Copago**” significa que paga un monto fijo cada vez que surta una receta.
- “**coaseguro**” significa que paga un porcentaje del total del costo del medicamento cada vez que surta una receta.

Como se muestra en el cuadro a continuación, el monto del copago o coaseguro depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago mencionado en el cuadro, usted pagará el precio menor por ese medicamento. Usted pagará *o* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.
- Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre los casos en que cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red.

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

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacia minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos para cuidados de largo plazo (long-term care, LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener los detalles, consulte el Capítulo 3). (suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de Costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$2.00	Copago de \$2.00	Copago de \$2.00
Nivel 2 de Costos compartidos (Medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$12.00	Copago de \$12.00	Copago de \$12.00

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

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacia minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos para cuidados de largo plazo (long-term care, LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener los detalles, consulte el Capítulo 3). (suministro de hasta 31 días)
Nivel 3 de Costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47.00	Copago de \$47.00	Copago de \$47.00
Nivel 4 de Costos compartidos (Medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$100.00	Copago de \$100.00	Copago de \$100.00
Nivel 5 de Costos compartidos (Medicamentos de especialidades)	Coaseguro del 30%	Coaseguro del 30%	Coaseguro del 30%
Nivel 6 de Costos compartidos (Medicamentos para tratamientos seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, puede que no deba pagar el costo del suministro de todo el mes

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de menos de un mes de medicamentos. Puede haber momentos en los que le pida a su médico que le recete medicamentos para un suministro de menos de un mes (por ejemplo, cuando está usando medicamentos por primera vez, que es cuando tiene efectos secundarios importantes). Si su médico receta un suministro para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro para un mes completo de determinados medicamentos.

La cantidad que paga en estas circunstancias dependerá de si usted es responsable de pagar un coaseguro (un porcentaje del costo del medicamento) o un copago (una cantidad fija en dólares).

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

- Si usted es responsable del coaseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de medicamentos mensual o solo para algunos días. Sin embargo, ya que el costo entero de los medicamentos es más bajo si usted obtiene un suministro para menos de un mes, usted *pagará* menos.
- Si es responsable por un copago por el medicamento, su copago se basará en el número de días de medicamentos que reciba. Calcularemos el monto que pagará por su medicamento por día (el “costo compartido diario”) multiplicado por el número de medicamentos diarios que recibe.
 - Por ejemplo: Digamos que su copago para un suministro mensual por medicamentos (por 31 días) es de \$30. Quiere decir que el monto que paga por día por su medicamento es de \$1. Si usted recibe un suministro de medicamentos por 7 días, entonces su pago será de \$1 multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de \$7.

El gasto compartido diario le permite asegurarse de que el medicamento le funciona bien antes de tener que pagar el suministro completo de un mes. También puede solicitarle a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro para menos de un mes de un medicamento o medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reposición de diferentes medicamentos con receta, para que pueda ir menos veces a la farmacia. El monto que pagará dependerá de la cantidad de días de suministro.

Sección 5.4	Cuadro que muestra sus costos por el suministro a <i>largo</i> plazo (90 días) de un medicamento
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando adquiere su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para obtener detalles sobre el lugar y la forma de obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.)

El siguiente cuadro le muestra lo que debe pagar al obtener un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta que: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago mencionado en el cuadro, usted pagará el precio menor por ese medicamento. Usted pagará *o* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D en:

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacia minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos para pedidos por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1 de Costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$6.00	Copago de \$4.00
Nivel 2 de Costos compartidos (Medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de \$36.00	Copago de \$24.00
Nivel 3 de Costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$141.00	Copago de \$141.00
Nivel 4 de Costos compartidos (Medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$300.00	Copago de \$300.00
Nivel 5 de Costos compartidos (Medicamentos de especialidades)	N/A	N/A
Nivel 6 de Costos compartidos (Medicamentos para tratamientos seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales ascienden a \$4,130

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido y pedido una reposición alcancen el límite de **\$4,130 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

El total por sus costos de medicamentos se calcula sumando lo que usted ha pagado a lo que el plan de la Parte D haya pagado:

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

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha comprado desde que realizó su primera compra de medicamentos en el año. (Consulte la Sección 6.2 para mayor información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso personal). Esto incluye:
 - El monto total que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible, que es \$150
 - El monto total que usted pagó de la parte que le corresponde por los costos de sus medicamentos en la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si estuviera inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el 2021, el monto que ese plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta como parte de sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de la cantidad que usted y el plan, así como cualquier tercera persona, han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de \$4,130. Si alcanza este monto, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Transición de Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Transición de Cobertura, el plan provee algún tipo de cobertura de medicamentos

Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de Transición de Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo lleguen a \$6,550
--------------------	--

Cuando usted se encuentra en la Etapa de Transición de Cobertura, el Programa de Descuentos de Transición de Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% sobre el precio negociado y una porción del pago por expendio por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted pague como el monto descontado por el fabricante se incluirán en sus gastos de bolsillo, como si usted los hubiera pagado, y lo llevarán a la transición de cobertura.

También recibe cierta cobertura para ciertos 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. El monto pagado por el plan no se toma en cuenta para el cálculo de sus costos de desembolso personal. Solo se toma en cuenta el monto que usted paga a lo largo de la transición de cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por medicamentos de marca, genéricos preferidos y medicamentos para tratamientos seleccionados y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de gastos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo que Medicare ha establecido. En 2021, ese monto es \$6,550.

Medicare establece normas sobre lo que se consideran costos de desembolso personal y lo que *no*. Cuando alcance un límite de desembolso personal de \$6,550, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo por medicamentos con receta
--------------------	---

A continuación presentamos las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos el seguimiento de sus costos de desembolso personal por los medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso personal

Al sumar sus costos de bolsillo, puede incluir los pagos mencionados a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5 del presente folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Transición de Cobertura
- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Es importante determinar quién paga:

- Si **es usted** quien realiza estos pagos, se tomarán en cuenta para sus costos de desembolso personal.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas personas u organizaciones** los realizan por usted. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las beneficencias, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, o por Indian Health Service. También se incluyen los pagos realizados a través del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuentos de Transición de Cobertura de Medicare están incluidos. El monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluido. Pero el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) haya consumido un total de \$6,550 de gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de brecha en cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso personal

Al sumar sus costos de desembolso personal, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos para medicamentos recetados:

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluso los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de cobertura por Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos genéricos durante la Transición de Cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud de empleadores.
- Pagos por medicamentos realizados por ciertos planes de seguros de salud y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por terceros bajo obligación legal de pagar por los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, una compensación laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas paga una parte o todo el costo de desembolso personal de sus medicamentos, es obligatorio que lo informe a nuestro plan. Llame al Centro de Atención al Cliente para brindarnos esta información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede hacer el seguimiento del total de los costos de bolsillo?

- Nosotros le ayudaremos a hacerlo. El informe *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso (en la Sección 3 de este capítulo se describe este informe). Cuando alcance un total de \$6,550 en gastos de bolsillo para el año, este informe le indicará que ha finalizado la Etapa de Transición de Cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 En la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Cuando usted está en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando ha alcanzado el límite total de \$6,550 en gastos de bolsillo en el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coaseguro o un copago, el que fuera *mayor* :
 - – *ya sea* – un coaseguro del 5% del costo del medicamento
 - -o- \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado genérico y \$9.20 por los otros medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

SECCIÓN 8 Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener coberturas separadas por las vacunas de la Parte D en sí mismas y por el costo de aplicarle la vacuna
--

Nuestro plan provee cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **administrarle la vacuna**. (Esto en ocasiones se denomina la “administración” de la vacuna).

¿Qué debe pagar 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 (la enfermedad contra la que se inmuniza).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (qué está cubierto y qué debe pagar)*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas detalladas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*.

2. Dónde obtiene la vacuna.**3. ¿Quién administra la vacuna?**

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

- A veces, cuando a usted se le debe administrar una vacuna, tendrá que pagar todo el costo de la vacuna en sí y de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan un reembolso por la parte que nos corresponde del costo.
- Otras veces, cuando obtiene la vacuna o su aplicación, pagará solamente su parte del costo.

Para ver cómo funciona esto en la práctica, le presentamos tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que para ciertas vacunas es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su aplicación) durante la Etapa de Deducible de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se aplica la vacuna en la farmacia de la red. (Esto será una opción según su lugar de residencia. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

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

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

- Al recibir la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 del presente folleto (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).
- A usted se le reembolsará el monto que pagó menos su coaseguro o copago normal por la vacuna (incluyendo la aplicación)

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

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará todo el costo de este servicio. Luego puede solicitar que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 del presente folleto.
- Se le reembolsará el monto que el médico le cobró por administrar la vacuna.

Sección 8.2	Tal vez quiera llamarnos al Centro de Atención al Cliente antes de recibir una vacuna
--------------------	--

Las reglas de cobertura para las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que primero nos llame al Centro de Atención al Cliente siempre que esté pensando en recibir una vacuna. (Los números de teléfono para comunicarse con el 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 informarle cómo para mantener sus costos bajos si usa proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar proveedores y farmacias de nuestra red, podemos decirle lo que debe hacer para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos el pago de la parte
que nos corresponde de una factura
que ha recibido por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7. **Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	166
Sección 1.1	Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	166
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido	168
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	168
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	169
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos	169
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	170
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	170
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los costos de bolsillo de sus medicamentos.	170

Capítulo 7. **Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

SECCIÓN 1 Situaciones en las cuales debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

Los proveedores de nuestra red facturarán directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos para decidir si deben cubrirse los servicios. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (esto también se llama “reembolso”). Es su derecho recibir un reembolso de parte de nuestro plan siempre que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la analizaremos para decidir si deben cubrirse los servicios o medicamentos. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos el monto de los servicios o medicamentos.

A continuación presentamos algunos ejemplos de situaciones en las cuales puede necesitar solicitarle a nuestro plan que le reembolse una factura que ha recibido:

1. Si ha recibido atención de emergencia o atención médica de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, forme parte de nuestra red o no. Cuando reciba atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga todo el monto en el momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos realizados.
- En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor donde se le solicita un pago que usted considera no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de todos los pagos ya realizados.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que a su criterio no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan. Pero en ocasiones cometen errores y le solicitan que pague más de su parte del costo.

- Usted solo debe pagar el monto que le corresponde de los costos compartidos del plan al recibir servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que llamamos “facturación del saldo”. Esta protección (que consiste en que nunca deberá pagar más de su monto de los costos compartidos del plan) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no le pagamos ciertos cargos al proveedor. Para obtener información adicional sobre la “facturación del saldo”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que a su criterio sea más de lo que usted debe pagar, debe enviarnos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero a su criterio ha pagado demasiado, envíenos la factura junto a la documentación de todos los pagos realizados. Debe solicitarnos el reembolso de la diferencia entre el monto pagado y el monto adeudado según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se le inscribió retroactivamente en nuestro plan e hizo desembolsos directos para cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte de los costos compartidos. Deberá enviarnos documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Llame al Centro de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para hacer su solicitud. (Los números de teléfono para comunicarse con el 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 acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta, seguramente la farmacia no podrá enviarnos el reclamo directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta. (Cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.) Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

Capítulo 7. **Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

5. Cuando paga el costo total de una receta debido a que no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información de inscripción, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de una receta debido a que descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, o puede tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que a su criterio no se aplica en su caso. Si decide obtener inmediatamente el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener información adicional de su médico para poder reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, analizaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe cubrirse o no. A esto se lo conoce como "decisión de cobertura". Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o un pago de una factura que usted ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviar 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 de sus recibos para sus registros.

Envíenos su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos por correo a la siguiente dirección:

Banner Prime

Capítulo 7. **Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

A la atención de: Customer Care Center
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Debe enviarnos su reclamo dentro de los 365 días siguientes de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el 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 recibe facturas y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindarnos información adicional sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos brinde información adicional. En caso contrario, analizaremos su solicitud para tomar una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido las reglas para obtenerlos, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si usted ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta donde se explicarán los motivos por los cuales no le enviamos el pago solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación
--------------------	---

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no acepta el monto que hemos pagado, puede apelar. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre la forma de presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 del presente folleto (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Si nunca ha presentado una apelación, quizás le sea de utilidad leer primero la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones, e incluye definiciones de términos tales como “apelación”. Luego de leer la Sección 5, puede consultar la sección en el Capítulo 9 que le indica los pasos a seguir para su situación:

- Si desea apelar para obtener un reembolso por un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea apelar para obtener un reembolso por un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 **Otras situaciones en que usted debe conservar sus recibos y enviarnos copias**

Sección 4.1	En algunos casos, usted nos debe enviar copias de sus recibos para que podamos llevar registro de los gastos de bolsillo por medicamentos
--------------------	--

Existen algunas situaciones en las cuales debe informarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no estará solicitándonos un pago. En su lugar, nos informará qué pagos ha realizado para que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso personal. Esto puede ayudarle a calificar de forma más rápida para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

A continuación presentamos un ejemplo de una situación en la cual debe enviarnos copias de sus recibos para informarnos sobre pagos que ha realizado por medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante del medicamento

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante de un medicamento que se encuentra fuera de los beneficios del plan. Si obtiene

Capítulo 7. Cómo solicitarnos **el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

algún medicamento a través de este tipo de programa, es posible que deba abonarle un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos tener actualizados sus gastos de desembolso personal para el cálculo de su calificación para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta que:** Debido a que obtiene el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios de plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso personal y quizás ayudarlo a calificar de forma más rápida para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Debido a que en el caso descrito anteriormente usted no solicita un pago, esta situación no se considera una decisión de cobertura. En consecuencia, no podrá 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.....	174
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)	174
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.	175
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	175
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.	176
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.	178
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.	180
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?.....	180
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	181
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	181
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	181

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos brindar la información de una forma que sea conveniente para usted (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en una impresión grande o otros formatos alternativos, etc.).
--------------------	--

Para que le enviemos información en una forma que le resulte conveniente, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder las preguntas de las personas discapacitadas y que no hablan inglés. También podemos brindarle la información en Braille, en tipografía grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si así lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le enviemos información en una forma que le resulte conveniente, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para obtener la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante el Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1857. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de Cobertura se incluye la información de contacto o con este correo, o puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para obtener información adicional.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que le vaya bien a usted (en idiomas que no sean el inglés, en Braille, en letras grandes, o en otros formatos alternos, etc.
--------------------	---

Para recibir información nuestra de una manera que le vaya bien a usted, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación de idiomas gratuitos para contestar preguntas de miembros con discapacidades y miembros que no hablan inglés. También podemos darle información en Braille, en letras grandes, o en otros formatos alternos sin costo si lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para 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) 549-1857. 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 garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red del plan para coordinar y prestarle sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre este tema). Llame al Centro de Atención al Cliente para averiguar qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin remisión.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir oportunamente los servicios de especialistas cuando usted necesite este tipo de atención. También tiene derecho a surtir o reponer sus medicamentos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras largas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de 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 de salud personal
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y la información sobre su salud personal. Protegemos su información personal de salud tal como lo establecen estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos entregó al inscribirse en este plan, así como su historial médico 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 la forma en que se usa su información médica. Le brindamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar su historial médico.
- En la mayoría de las situaciones, si entregamos su información médica a personas que no le brindan atención médica ni pagan por ella, *nuestra obligación es solicitar su autorización por escrito antes de hacerlo*. La autorización por escrito la puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones en las que no se requiere que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarles su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga la información con fines de investigación o para otros usos, esto se llevará a cabo de acuerdo a las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información de sus registros y saber si otras personas han accedido a ella

Tiene derecho a ver su historial médico archivado por el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corriamos su historial médico. Si usted nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de cuidados de la salud y decidiremos si los cambios deben efectuarse.

Tiene derecho a saber si otras personas han tenido acceso a su información de salud por otros motivos que no sean de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes respecto de la privacidad de su información personal de salud, llame al 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 Prime, tiene derecho a que le brindemos distintos tipos de información. (Como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender. Esto incluye obtener información en idiomas distintos al inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si desea recibir alguno de los siguientes tipos de información, llame al 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 condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y la calificación de rendimiento del plan, incluidas qué calificaciones recibió de miembros del plan y cómo se comparan con otros planes de seguro médico de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le brindemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red, y sobre la forma en que les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores.
 - Para obtener una lista de las farmacias en la red del plan, consulte el Directorio de Farmacias.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o puede visitar nuestro sitio web en www.BannerMA.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usarla.**
 - En los capítulos 3 y 4 del presente folleto, le explicamos qué servicios médicos abarca su cobertura, todas las restricciones que se aplican a ella y qué reglas debe seguir para recibir servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, y también la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto a la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le informarán qué medicamentos están cubiertos y le explicarán las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre el motivo por el cual algo no posee cobertura y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso, o si su cobertura posee algún tipo de restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si ha recibido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la atención médica o medicamento de la Parte D que esté cubierto en su caso, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos la decisión. Esto puede

lograrse a través de una apelación. Para obtener detalles sobre los pasos a seguir si algo no está cubierto en la forma que a su criterio debería estarlo, consulte el Capítulo 9 del presente folleto. Allí se brindan los detalles sobre la forma en que puede apelar si desea que modifiquemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le informa cómo puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si desea solicitar que nuestro plan pague su parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 del presente folleto.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su atención
--------------------	--

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

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando acuda por atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su afección médica y sus opciones de tratamiento *en una forma en que usted la pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto a sus médicos en determinar cuál es el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, más allá de su costo o del hecho de que estén cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye recibir información sobre programas que nuestro plan ofrezca para ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y los usen en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a recibir información sobre todos los riesgos involucrados en su atención médica. Si cualquier tipo de atención o tratamiento médico forma parte de un experimento de investigación, debe recibir esta información por adelantado. Siempre tiene la opción de negarse a cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar su medicamento, aceptará toda la responsabilidad por lo que le suceda a su organismo como resultado de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de su atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor se ha negado a proporcionarle atención que usted considera debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 del presente folleto le informa cuáles son los pasos a seguir para solicitar una decisión de cobertura al plan.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones médicas por sí mismas a causa de accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decidir qué sucederá si llegara a encontrarse en una situación de ese tipo. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Brindarles instrucciones escritas a sus médicos** sobre la forma en que usted desea que manejen su atención médica si no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se llaman **“instrucciones anticipadas”**. Hay varios tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para el mismo documento. Los documentos denominados **“testamentos vitales”** y **“poder legal para atención médica”** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para definir sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar una instrucción anticipada, debe obtener un formulario por parte de su abogado, trabajador social o en ciertas tiendas de artículos para oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Complete el formulario y fírmelo.** Más allá del lugar donde haya obtenido el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas indicadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario como la que tomará decisiones si usted no puede. Es posible que también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de tener una copia en su casa.

Si sabe con antelación el momento en que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si es hospitalizado, se le preguntará si ha firmado una instrucción anticipada y si la trae consigo.
- Si usted no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y el personal del hospital le preguntará si usted desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar una instrucción anticipada o no (incluido el hecho de firmar una cuando se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o el hospital no han seguido las instrucciones indicadas en ella, puede presentar un reclamo ante la Junta Médica de Arizona al (877) 255- 2212.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedir 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 quejas. Lo que debe hacer para resolver un problema o inquietud depende de cada situación. Es posible que tenga que solicitarle a su plan que tome una decisión de cobertura para usted, hacernos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo), **nosotros tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a recibir 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, llame a 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 lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados
--------------------	--

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

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad de origen, 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 llamar a su Oficina local de Derechos Civiles.

¿Si se trata de otra cosa?

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema:

- Puede **comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener información adicional sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener información adicional sobre sus derechos:

- Puede **comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Usted puede comunicarse con Medicare.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones bajo 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 ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se mencionan pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a 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 con las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice el presente folleto de Evidencia de Cobertura para obtener información sobre lo que abarca la cobertura en su caso y las reglas que debe seguir para acceder a sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos, incluidos qué servicios están cubiertos, qué servicios no están cubiertos, las normas que debe seguir y lo que usted debe pagar.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o medicamentos recetados además de nuestro plan, es su obligación comunicárnoslo.** Llame al Centro de Atención al Cliente para brindarnos esta información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Estamos obligados a cumplir las normas establecidas por Medicare para verificar que usted está usando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**”, ya que involucra la coordinación de beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan, con el resto de los beneficios de salud y de medicamentos que tiene a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener información adicional sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Comuníquese a su médico y a otros proveedores de atención de salud que es miembro de nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Para que sus médicos y los otros proveedores puedan ayudarlo, bríndeles información, hágales preguntas y lleve un registro de su atención médica.**
 - Para que sus médicos y el resto de sus proveedores le brinden la mejor atención médica, obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre su persona y su estado de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos estén actualizados respecto a los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en preguntar. Se supone que sus médicos y el resto de sus proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de tal manera que usted pueda comprenderlas. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le brindan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de realizar estos pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de nuestros servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que usted debe pagar por sus servicios

médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados 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 no cubierto por nuestro plan ni por otro seguro que pueda tener, deberá pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede apelar. Consulte el Capítulo 9 del presente folleto para obtener información sobre la forma de presentar una apelación.
- Si debe pagar un monto adicional por la Parte D por tener un ingreso alto (como indica su última declaración de impuestos) debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Si se muda, deberá comunicárnoslo.** Si va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 le indica nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, de todos modos deberá comunicárnoslo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
 - También es importante que llame al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios) si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda.** También esperamos que nos comunique cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención para llamar al Centro de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener información adicional sobre la forma de comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	188
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	188
Sección 1.2	¿Qué hay de los términos legales?	188
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.....	189
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	189
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿qué proceso debería utilizar?.....	190
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería utilizar el proceso para presentar quejas?	190
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	190
Sección 4.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general	190
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	192
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?	193
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	193
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.....	194
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)	195
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)	199
Sección 5.4	Paso a paso: cómo se realiza una apelación de nivel 2	202
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?	205

SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	206
Sección 6.1	Esta Sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.....	207
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	209
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones	211
Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	212
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)	215
Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2.....	218
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto	221
Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos.	221
Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital	223
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	226
Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?	227
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	231
Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)</i>	231
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura	231
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	232
Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	235
Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?	236

SECCIÓN 9	Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá	239
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	239
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	241
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	242
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?	243
Sección 10.2	El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una reclamación".....	245
Sección 10.3	Paso a paso: cómo presentar una reclamación	245
Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad.	247
Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su queja.	248

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene algún problema o inquietud
--

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes.

1. Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
2. Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para realizar un reclamo**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar que sus problemas se traten de manera justa y rápida, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límites que debemos seguir tanto usted como nosotros.

¿Cuál debo utilizar? La guía que se encuentra en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En este capítulo se explican los términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límites. Varios de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales mediante el uso de palabras simples en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente se refiere a "realizar un reclamo" en lugar de "presentar una queja", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" o "determinación bajo riesgo" y "Organización de Revisión Independiente" en lugar de "Entidad de Revisión Independiente". También usa abreviaciones 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 lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando esté lidiando con su problema y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos de situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Puede obtener asistencia de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1	Dónde puede obtener información adicional y asistencia personalizada
--------------------	---

En ocasiones, puede ser confuso iniciar o llevar adelante el proceso para tratar un problema. Este puede ser el caso especialmente si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. Otra vez, es posible que no cuente con los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que además necesite ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a asesores en todos los Estados. El programa no se encuentra vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué procesos debe usar para tratar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle mayor información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este cuadernillo.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener información adicional y ayuda para manejar un problema. Aquí hay dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Sección 3.1	¿Debe recurrir al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si usted tiene un problema o inquietud, lo único que tiene que hacer es leer las partes de este capítulo que aplican para su situación. La guía que se muestra a continuación le ayudará.

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específica, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o con su cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si determinados procedimientos de atención médica o medicamentos con receta están o no cubiertos, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema está relacionado con beneficios o cobertura.

Diríjase a la siguiente sección del presente capítulo, **Sección 4, “Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase directamente a la Sección 10 al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales
--------------------	--

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluidos los problemas de pago. Éste es el

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

proceso que debe utilizar para problemas tales como determinar si algo está cubierto o no y la manera en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que abarca su cobertura y cuánto debemos pagar. Por ejemplo, el médico perteneciente a la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de parte de él/ella, o si el médico perteneciente a su red lo deriva a un especialista médico. Usted, o su médico también, puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no sabe con certeza si cubriremos un servicio médico particular o si se niega a brindarle atención médica que usted considera es necesaria. En otras palabras, si usted necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso.

Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que abarca su cobertura y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si usted no está de acuerdo con la decisión de cobertura, puede apelar.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros analizamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación será manejada por otros revisores, que no sean los que tomaron la decisión desfavorable original. Luego de completar la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que explicaremos más adelante, usted puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si denegamos toda o una parte de su Apelación de Nivel 1, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación nivel 2 es conducida por 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 en la Apelación de Nivel 2, existe la posibilidad de continuar con varios niveles más de apelación.

Sección 4.2	Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	---

¿Quisiera recibir ayuda? Aquí hay recursos que quizá desee usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con nuestro 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 para Seguros Médicos (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud para usted.**
 - Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su representación. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación superior al Nivel 2, su médico u otro proveedor deben ser nombrados como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que expide la receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o 2 en su representación. Para solicitar cualquier apelación superior al Nivel 2, su médico u otro profesional que expide la receta deben ser nombrados como su representante.
- **Puede solicitarle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a una persona que actúe como su “representante” para solicitar decisiones de cobertura o realizar apelaciones.
 - Es posible que existan personas que ya posean la autorización legal para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Designación de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.BannerMA.com.) El formulario le concede permiso a esa persona para que lo represente. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea nombrar como representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene el derecho de contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de uno en el Colegio de Abogados local u otro servicio de remisión. También hay grupos que le darán servicios

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

legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran a las decisiones de cobertura y a las apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, le detallamos cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos la cobertura de ciertos servicios médicos si a su criterio su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Solo aplica a los siguientes servicios: atención médica domiciliaria, atención en centro especializado de enfermería y servicios de Centros de Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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, tal como su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (la Sección 3 del Capítulo 2 del presente folleto incluye los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (Una guía para conocer los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones)? Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta parte.

Sección 5.1	En esta sección, se indica qué debe hacer si tiene problemas para recibir cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención
--------------------	--

Esta sección habla sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 del presente folleto: Tabla de Beneficios (*qué está cubierto y qué debe pagar*). En términos simples, por lo general nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica, o tratamientos o servicios” en cada oportunidad. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

1. No recibe algún tipo de atención médica que desea y a su criterio está cubierta por el plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea que usted reciba y a su criterio esa atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención médica que a su criterio están cubiertos por el plan, pero nos hemos negado a pagarlos.
4. Ha recibido y pagado por atención médica que a su criterio están cubiertos por el plan y desea solicitarle a nuestro plan un reembolso por ellos.
5. Se le comunica que la cobertura de algún tipo de atención médica que ha estado recibiendo (y que nosotros hemos aprobado en el pasado) se reducirá o se interrumpirá, y a su criterio reducir o detener esta atención podría traer consecuencias adversas para su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que será interrumpida es por atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer una sección distinta de este capítulo, ya que se aplican reglas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - La Sección 7 de este capítulo: *“Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto”*
 - La Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto.* Esta sección trata solo sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en

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

centros de enfermería especializada y servicios de Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

- En el caso de *todas* las demás situaciones que involucran que le comuniquen que la atención médica que recibe se interrumpirá, use esta sección (Sección 5) como guía para conocer los pasos a seguir.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esa situación:	Esto es lo que puede hacer:
Averiguar si cubriremos o no la atención médica que desea	Usted puede solicitarnos hacer una decisión de cobertura para usted. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2 .
Si ya le comunicamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que esté cubierto o pagado.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos solicita que reconsideremos). Salte a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea solicitarnos un reembolso por la atención médica que ya recibió y pagó.	Nos puede enviar la factura. Salte a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2

Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra a su atención médica, se llama una “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tomemos una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se llama “**determinación acelerada**”.

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

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que usted desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles de cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente utilizamos las fechas límites estándares para comunicarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Para una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para llegar a una decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, debemos responder a él en un lapso de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.**
 - **Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta información que podría beneficiarle (como el historial médico de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para entregarnos información para que podamos analizarla. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Le llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
 - Puede obtener una decisión de cobertura acelerada *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o incapacitarlo*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud amerita que le otorguemos dicha decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta también le explicará que, en caso de que su médico solicite la decisión de cobertura rápida, automáticamente accederemos a otorgarle una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también incluirá información sobre cómo presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de las 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No

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

podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, debemos responder a él en un lapso de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
- Si no le proporcionamos nuestra respuesta en un lapso de 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al finalizar ese lapso), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 a continuación le explica cómo hacerlo.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión.

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 una respuesta **dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“un periodo de tiempo extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, debemos responder a él en un lapso de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
 - Si no le proporcionamos nuestra respuesta en un lapso de 14 días calendario (o si existe un período de tiempo extendido al finalizar ese lapso), o dentro de las 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 a continuación le explica cómo hacerlo.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si decide apelar.

- Si decimos que no, usted tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos, y quizá cambiar, esta decisión mediante una apelación. Apelar significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación ante el plan sobre una decisión de atención médica se llama una **“reconsideración” del plan.**

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y apela. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe solicitar una **“apelación rápida”**.

Qué debe hacer

- **Para comenzar con una apelación, usted, su médico y su representante deben comunicarse con nosotros.** Para los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros relacionados con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando apele sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, haga su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al número telefónico que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
 - Si otra persona, además de su médico, apela nuestra decisión en su representación, su apelación debe incluir el formulario de Nombramiento de Representante, donde se autoriza a que esta persona lo represente. (Para obtener este formulario, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Designación de un representante”. También se encuentra disponible en el sitio web de Medicare www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.BannerMA.com). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o finalizar la revisión hasta que lo

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

recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimaré su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho de ser enviado a una Organización de Revisión Independiente para revisar nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito** o llámenos al número telefónico que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica).
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se le pasó la fecha límite y tiene un buen motivo para justificarlo, explique el motivo por el que su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo son: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Tenemos permitido cobrar un honorario por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud comunicándose con nosotros)

Términos legales
A una "apelación rápida" también se la llama " reconsideración acelerada ".

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los existentes para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se describieron anteriormente en esta sección).

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

- Si su médico le indica que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

- Al revisar su apelación, analizaremos nuevamente y con sumo cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Verificaremos para determinar si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Si fuera necesario, recolectaremos más información. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Al utilizar los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta dentro de las **72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si nos solicita más tiempo, o si necesitamos recolectar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para llegar a una decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le brindamos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período de tiempo extendido, si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le contaremos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos brindarle nuestra respuesta en una solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, si esta se refiere a la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si la condición de su salud así lo requiere.

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

- Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos recolectar más información que pueda beneficiarlo, podemos tomarnos hasta **14 días calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico**. Si decidimos que necesitamos tomarnos días adicionales para llegar a una decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta un reclamo rápido, debemos responder a él en un lapso de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable anterior (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales en su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de Revisión Independiente lo revisará. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** 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**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza de forma total o parcial su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que hemos seguido todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacerlo, significa que su apelación ingresará en el nivel siguiente del proceso de apelaciones, es decir el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe modificarse o no.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización Independiente de Revisión” es “ Entidad Independiente de Revisión ”. En ocasiones se le denomina “ IRE ”.

Paso 1: La Organización Independiente de Revisión revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacerse cargo del rol de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- A esta organización le enviaremos la información sobre su apelación. Esta información se llama el “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Tenemos permitido cobrar un honorario por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene el derecho de entregarle a la Organización Independiente de Revisión información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si le han otorgado una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le otorgará una en el Nivel 2

- Si le han otorgado una apelación rápida para nuestro plan en el Nivel 1, la recibirá automáticamente en el Nivel 2. La organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recolectar más información que puede beneficiarlo, esto puede tomar **hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si le han otorgado una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le otorgará una en el Nivel 2

- Si le han otorgado una apelación estándar para nuestro plan en el Nivel 1, la recibirá automáticamente en el Nivel 2.

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

- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 30 días** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recolectar más información que puede beneficiarlo, esto puede tomar **hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión le da su respuesta.

La Organización Independiente de Revisión le comunicará su decisión y le explicará el motivo de la misma.

- **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 **dentro de las 72 horas** o
 - proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o
 - proporcionar el servicio **dentro de las 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 recetado de la Parte B de Medicare**, debemos:
 - autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en disputa **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para solicitudes estándar o
 - **dentro de las 24 horas** posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización deniega de forma total o parcial su apelación**, significa que aceptan la decisión de nuestro plan en cuanto a que su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de ella) no debe aprobarse. A esto se le llama “sostener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.
 - Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la decisión", usted tiene el 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 una cantidad mínima determinada. Si el valor en

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

dólares de la cobertura que usted solicita es muy bajo, no podrá presentar otra apelación; lo que significa que la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo calcular el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted opta por seguir con la apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para mayor información.
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2 se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
- La Apelación de Nivel 3 se presenta ante un Juez en Derecho Administrativo o abogado litigante. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita reembolsarle nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

Si usted necesita solicitarnos el pago de una atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita nuestro pago.

La solicitud de un reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación donde solicita un reembolso, nos está solicitando 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 usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué debe pagar)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*)

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después

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

de haber recibido su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura.

- Si la atención médica no está cubierta o si usted no cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos detallados por los cuales no pagaremos. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted solicita un pago y nosotros decimos que no lo haremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3.

Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si usted presenta una apelación para un reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar un pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (Una guía para conocer los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones)? Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta parte.

Sección 6.1	En esta parte, se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted desea solicitar un reembolso por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos con receta. Por favor consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aprobada).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta parte, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para más detalles sobre lo que significa “medicamentos de la Parte D”, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las normas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Tal como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

A la decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se le llama “determinación de cobertura” .

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
 - Solicita cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan
 - Solicita la renuncia a una restricción en la cobertura del plan de un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener)

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

- Cómo solicitar el pago de un monto de gastos compartidos menor para un medicamento cubierto de un nivel de gasto compartido superior
- Pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, si su medicamento está en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario), pero se requiere nuestra aprobación antes de cubrirlo en su caso).
 - *Tenga en cuenta que:* Si su farmacia le comunica que su receta no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le dará un aviso por escrito explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

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

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro que figura a continuación para determinar qué parte contiene información pertinente a su caso:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esa situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple con alguna norma o restricciones del plan (como obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita	Usted puede solicitarnos una decisión de cobertura. Salte a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reintegremos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado.	Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Salte a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos). Salte a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos 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 para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que expide la receta deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué usted necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación detallamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que expide la receta pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

Términos legales

La solicitud de cobertura de un medicamento que no se encuentra en la Lista de Medicamentos a veces se llama solicitar una “**excepción de formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a los medicamentos del nivel 4. No puede solicitar una excepción para el copago o coaseguro que debe pagar por el medicamento.

- 2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se establecen normas 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

La solicitud de la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se llama solicitar una “**excepción de formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.

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

- *Cómo obtener aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
- *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
- *Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos realizar una excepción y desestimamos una restricción en su caso, puede solicitarnos una excepción para el monto de copago o coaseguro que le requerimos pagar por el medicamento.

3. Cómo cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo. Cada uno de los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos se encuentra en uno de cinco (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el nivel de gastos compartidos, la parte que deberá pagar por el costo del medicamento también será menor.

Términos legales
La solicitud de pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se llama solicitar una “ excepción de nivel ”.

- Si nuestra lista de medicamentos 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 cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos). Esto reduciría la parte del costo que le corresponde pagar.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene 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	Aspectos importantes a tener en cuenta cuando solicita excepciones
--------------------	---

Su médico debe comunicarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que expide la receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro profesional que expide la receta cuando solicite la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición particular. A estas diferentes posibilidades se los llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos la solicitud para una excepción a menos de que todos los medicamentos alternativos en el/los nivel(es) de gastos compartidos inferiores no sean para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otros daños.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud por una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto se mantiene siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si respondemos negativamente a su solicitud por una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 6.5 de este capítulo se describen los pasos que debe seguir para presentar una apelación si nuestra respuesta es negativa.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura por el(los) medicamento(s) o pago(s) que usted necesita. **Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo un reintegro por un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

- **Solicitud del tipo de decisión de cobertura que usted desea.** Comience por llamarnos, enviarnos una carta o un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide la receta) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio en Internet. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviarnos una solicitud para el pago de nuestra parte del costo por atención médica o un medicamento que haya recibido*.
- **Usted o su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. (En la Sección 5,2 de este capítulo se describe cómo usted puede conceder permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante). También puede buscar a un abogado que lo represente.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento**, le conviene comenzar leyendo el Capítulo 7 del presente folleto: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que usted necesite solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reintegro de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- **Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional que expide la receta deben explicar las razones médicas que justifiquen la excepción por medicamentos que solicitan. (Lo llamamos “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona autorizada a emitir recetas médicas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. Como alternativa, su médico u otro profesional que expide la receta nos pueden comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 de este capítulo para obtener información sobre las solicitudes de excepción.

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

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluso la solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se llama “ determinación acelerada de cobertura ”.

- Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración del médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión de cobertura acelerada *solo* si solicita un *medicamento que aún no haya recibido*. (Usted no puede obtener una decisión de cobertura acelerada si está solicitando un reintegro por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura acelerada *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o incapacitarlo*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para extender recetas nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos, automáticamente, tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que expide la receta), decidiremos si su salud amerita que le otorguemos dicha decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta también le explicará que en caso de que su médico u otro profesional que expide la receta solicite la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente la decisión de cobertura rápida.
 - Esta carta también le indicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar, en vez de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Contiene información sobre cómo presentar un reclamo “rápido”, lo cual significa que usted recibe nuestra respuesta a su

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

reclamo en un plazo de 24 horas posteriores a su recepción. (El proceso para presentar un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud y le daremos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 6.6 de este capítulo incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra 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 informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 6,6 de este capítulo incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud:**

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

- Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 6,6 de este capítulo incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si decide apelar.

- Si contestamos negativamente a su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Solicitar una apelación significa pedir que reconsideremos, y tal vez que cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1
(cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que haya tomado el plan)

Términos legales

A una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se la llama **“redeterminación” del plan.**

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

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y hace su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona que le receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre la forma de comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, haga su apelación enviando una solicitud.**
- **Si usted solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos por teléfono al número indicado en la Sección 1 del Capítulo 2,** (Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación por su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se le pasó la fecha límite y tiene un buen motivo para justificarlo, podemos darle más tiempo para apelar. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo son: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide la receta pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales

A una “apelación rápida” también se la llama “redeterminación acelerada”.

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

- Si usted está apelando una decisión tomada por nosotros por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que expide la receta deberá decidir si usted requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los existentes para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

- Cuando analizamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificaremos para determinar si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que expide la receta para obtener información adicional.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un lapso de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 6,6 de este capítulo hablamos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta dentro de los **7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si usted aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si a su criterio su estado de salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no tomamos una decisión dentro de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 6,6 de este capítulo hablamos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiera su estado de salud, pero **antes de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de devolverle el dinero que pagó por un medicamento que ya compró, se nos requiere **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no tomamos una decisión dentro de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 6,6 de este capítulo incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, también estamos obligados a realizarle el reembolso dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o continúa con otra apelación.
- Si usted decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la información a continuación).

Sección 6.6**Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2**

Si rechazamos su apelación, entonces opte por aceptar esta decisión o no, o seguir con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe modificarse o no.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización Independiente de Revisión” es “**Entidad Independiente de Revisión**”. En ocasiones se le denomina “**IRE**”.

Paso 1: Para hacer una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas) debe comunicarse con la Organización Independiente de Revisión y solicitar la revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización revisora.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión hace una revisión de 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 tampoco es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para analizar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le ofrecemos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. Esta organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones de ella.

Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización revisora decide otorgarle una “apelación rápida”, deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de la 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.

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

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud**, debemos brindarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.

Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación si es por un medicamento que no ha recibido aún. Si solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta de forma total o parcial su solicitud:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** por el medicamento aprobada por la organización revisora **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de la decisión de la organización revisora.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago a usted dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización respalda nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “sostener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la decisión", usted tiene el 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 una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con los requisitos, usted elije si quiere seguir avanzando con las apelaciones o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones.

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

- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que usted recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 se presenta ante un Juez en Derecho Administrativo o abogado litigante. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la extensión de la cobertura de una internación en el hospital si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones a esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la “fecha de alta”.
- Cuando se ha determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, usted puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada. En esta sección se explica cómo debe proceder.

Sección 7.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare en la que se le informan sus derechos
--

Durante su estancia hospitalaria cubierta, se le entregará un aviso escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando se ingresan en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo dentro de los dos días posteriores a su ingreso. Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a 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-

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

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 en detalle este aviso y realice preguntas si no lo comprende.** Aquí se le explican sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
 - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia hospitalaria, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
 - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su estancia hospitalaria y su derecho a conocer quién pagará por ella.
 - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de la atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión sobre su alta, si a su criterio se produce demasiado pronto.

Términos legales
El aviso escrito de Medicare le explica cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. La solicitud de una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta, para que cubramos su permanencia en el hospital durante un período de tiempo más largo. (En la Sección 7.2 que figura a continuación le informamos cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá firmar el aviso escrito para demostrar que ha recibido y comprendido sus derechos.**
 - Usted u otra persona que lo represente deberá firmar el aviso. (En la Sección 5,2 de este capítulo se describe cómo usted puede conceder permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica la fecha de su alta (su médico o personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o denunciar una inquietud sobre la calidad de atención) si la necesita.
 - Si firma el aviso antes de dos días de su salida del hospital, recibirá otra copia antes de su alta programada.

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

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Respete el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla los plazos.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad analiza su apelación. Verifica si la fecha de su alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata.”

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es financiada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **antes de la medianoche del día de su alta**. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).
 - Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por la estancia* mientras espera la decisión de su apelación de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *podrá tener que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Consulte la Sección 7.4 de este capítulo para obtener detalles sobre esta otra manera de hacer su apelación.

Solicite una "revisión rápida":

- Usted debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted está solicitando que la organización aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
A una “ revisión rápida ” también se la llama “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios.

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

No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso escrito en el que se informa la fecha de su alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

A esta explicación escrita se la llama “**Aviso Detallado de Alta**”. Puede obtener una muestra de este aviso llamando al 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, los 7 días de la semana. Los usuarios con TTY deberán 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: La Organización de Mejoramiento de Calidad le responderá a su apelación luego de un día completo de haber conseguido toda la información necesaria.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión acepta su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios de hospital cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta de su apelación.

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

- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es negativa y usted decide permanecer internado en el hospital, entonces *tendrá que pagar el costo total* de la atención hospitalaria que reciba a partir de las 12 del mediodía del día siguiente al de la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es una negación, usted decide si desea apelar otra vez.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa hospitalizado después de su fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a su fecha de alta programada.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Puede comunicarse nuevamente con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *denegó* su Apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura por atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de la solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión en relación a su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura por su atención médica en el hospital como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que se presentará ante un Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted tendrá que decidir si lleva su apelación al Nivel 3 o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones. Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado litigante.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En ese caso, puede apelar ante nosotros.

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación respecto al alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de dejar el hospital y no posterior a su fecha de alta planificada, lo que sea primero). Si usted no cumple el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra opción para presentar su apelación.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 alternativa

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
La revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre la forma de comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre su atención médica.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos “rápidos” en lugar de plazos “estándar”.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de su fecha de alta planificada, corroborando que sea médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia hospitalaria. Verificamos si la fecha de su alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para responder esta revisión.

Paso 3: Damos nuestra decisión dentro de las 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 necesita permanecer en el hospital luego de la fecha de alta, y le seguiremos brindando sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y podrán aplicarse limitaciones a la cobertura).

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

- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida**, significa que consideramos que su fecha de alta programada era correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció internado en el hospital después de la fecha de su alta programada, **puede tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida *después* de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si respondemos negativamente a su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso por paso: Proceso de apelación *alternativo* de 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 la decisión que tomamos debe modificarse o no.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización Independiente de Revisión” es “Entidad Independiente de Revisión” . En ocasiones se le denomina “IRE” .

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización Independiente de Revisión.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo se describen los pasos a seguir para presentar un reclamo.

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión 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 nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por

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

Medicare para hacerse cargo del rol de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es afirmativa**, entonces debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos. Si aplicasen limitaciones de cobertura, podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es negativa**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de su alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar a una Apelación de Nivel 3, que se presentará ante un Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante.

Paso 3: Si la Organización Independiente de Revisión rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de nivel 2, usted decide si desea continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Atención médica domiciliaria, atención en centros especializados de enfermería y servicios de Centros de Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)</i>
--------------------	---

Esta sección describe *solamente* los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica a domicilio** que usted recibe.
- **La atención en un centro de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer sobre los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando usted recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, inclusive su parte de los costos y las limitaciones que pueden aplicar en la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esta atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos por dicha atención*.

Si usted considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **podrá apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2	Le informaremos por anticipado cuándo finaliza su cobertura
--------------------	--

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención, usted recibirá un aviso.

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

- El aviso escrito le informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
- El aviso escrito también le informa cómo debe proceder si desea solicitar que nuestro plan cambie la decisión acerca de cuándo finalizar su atención y prolongue la cobertura por más tiempo.

Términos legales

Como parte del comunicado, el aviso le explica cómo solicitar una “**apelación acelerada**”. La solicitud de una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitarnos que modifiquemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizar su cobertura de atención médica. (La Sección 9.3 que figura a continuación explica cómo debe proceder para solicitar una apelación rápida).

Al aviso escrito se lo llama “**Aviso de No Cobertura de Medicare**”.

2. Se le pedirá firmar el aviso escrito para demostrar que ha recibido.

- Usted u otra persona que lo represente deberá firmar el aviso. (La Sección 5,2 le informa cómo debe proceder para otorgar un permiso escrito a una persona que actuará como su representante).
- Firmar el aviso demuestra *solamente* que usted recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con el plan de que es tiempo de finalizar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período mayor.

Si usted desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Respete el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla los plazos.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección 10 de este capítulo se explican los pasos a seguir para presentar un reclamo).

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

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si modifica la decisión tomada por el plan o no.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos analizan la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare y efectúan una revisión de las decisiones del plan de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué es lo que debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (para que realice una revisión independiente) para verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Consulte la Sección 8.5 de este capítulo para obtener detalles sobre esta otra manera de hacer su apelación.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.*¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y además usted recibirá un aviso escrito que incluirá nuestros motivos para interrumpir la cobertura de sus servicios.

Términos legales

Este aviso de explicación se denomina “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.

Paso 3: Los revisores le informarán sobre su decisión luego de un día de haber recibido toda la información que necesitan.*¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?*

- Si los revisores contestan afirmativamente a su apelación, *debemos continuar proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.*
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores contestan negativamente a su apelación, *su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.* Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha establecida en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica a domicilio o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es una negación, usted decide si desea apelar otra vez.

- Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores contestan *negativamente* a su Apelación de Nivel 1 –y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención– entonces podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado 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 médica durante un período mayor.

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, puede tener que pagar el costo total de los servicios de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Puede comunicarse nuevamente con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad contestó negativamente a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura por atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de la solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión en relación a su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionándole cobertura** para su atención en el hospital como paciente hospitalizado hasta que deje de ser médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que se presentará ante un Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted tendrá que decidir si desea avanzar con su apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado litigante.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En ese caso, puede apelar ante nosotros.

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si usted no cumple el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra opción para presentar su apelación. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 alternativa

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación se enumeran los pasos a seguir para presentar una Apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
La revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre la forma de comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre su atención médica.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos “rápidos” en lugar de plazos “estándar”.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos cuando finalizamos la cobertura para sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Paso 3: Damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y podrán aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación agilizada,** su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado y no efectuaremos pagos después de ella.

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

- Si siguió recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro especializado de enfermería o servicios de Centros de Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura, usted **deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso por paso: Proceso de apelación *alternativo* de 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 la decisión que tomamos debe modificarse o no.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización Independiente de Revisión” es “ Entidad Independiente de Revisión ”. En ocasiones se le denomina “ IRE ”.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización Independiente de Revisión.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo se describen los pasos a seguir para presentar un reclamo.

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión 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 nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacerse cargo del rol de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta afirmativamente a su apelación**, deberemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos. Si aplicasen limitaciones de cobertura, podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización Independiente de Revisión rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado litigante.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
--------------------	--

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, pero ambas han sido rechazadas.

Si el valor dólar del artículo o servicio médico por el que apeló cumple con niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar está por debajo del nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor dólar es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

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

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. Aquí se presenta a quien se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un abogado litigante que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez en Derecho Administrativo o abogado litigante dice que si a su apelación, el proceso de apelación *puede o no* estar terminado.** Decidiremos si apelar o no esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar a una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del Juez en Derecho Administrativo o abogado litigante con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no desea aceptar esta decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado** - Nosotros decidiremos si apelamos o no esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar a 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 proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.

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

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no desea aceptar esta decisión, es posible que pueda continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que usted recibe le informará las normas que rigen para continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, pero ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual usted apeló cumple con un cierto valor en dólares, es posible que usted pueda acudir a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. Aquí se presenta a quien se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado **Juez de Derecho Administrativo**) o un abogado litigante que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez en Derecho Administrativo o abogado litigante **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.

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

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no desea aceptar esta decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no desea aceptar esta decisión, es posible que pueda continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Medicare rechaza su apelación, el aviso que recibirá le explicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, tiempos de espera, Servicio para Miembros u otros reclamos



Si su problema es una decisión relacionada con beneficios, cobertura o pago, esta sección **no se aplica a su caso**. En su lugar, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el procedimiento de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de reclamos se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan por el proceso de quejas.

Si usted experimenta cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo:
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está inconforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información acerca de su persona que usted cree debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicios al cliente pobre u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿Está inconforme con el trato que ha recibido del Centro de Atención al Cliente? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Centro de Atención al Cliente o de otras áreas del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, al adquirir una receta o en la sala de estudios médicos.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está inconforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?

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

Queja	Ejemplo:
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le hemos informado algo que debíamos? • ¿Cree que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?
<p>Oportunidad (Estos tipos de reclamos están relacionados con lo oportuno de nuestras acciones relativas a las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones anteriores de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación debe usar ese proceso, no el de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si usted ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación, y considera que no respondemos rápidamente, también puede presentar una queja respecto a nuestra lentitud. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha solicitado que le brindemos una “decisión de cobertura rápida” o una "apelación rápida", y nos hemos negado, puede presentar un reclamo. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para otorgarle una decisión de cobertura o responder una apelación, puede presentar una queja. • Cuando una decisión de cobertura es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, tendremos que cumplir determinados plazos. Si piensa que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le otorguemos una decisión en tiempo y forma, deberemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2	El nombre formal de “realizar/presentar una queja” es “presentar un reclamo”
---------------------	---

Términos legales

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lo que en esta sección se denomina “reclamo” también se denomina “queja”. • Otro término para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”. • Otra forma de decir “usar el proceso de reclamos” es “usar el proceso para presentar una queja”. |
|---|

Sección 10.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja
---------------------	--

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente – ya sea por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Centro de Atención al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Centro de Atención al Cliente se lo informará. Puede llamar al (844) 549-1857, Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho(a)), puede asentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Tiene derecho a presentar una queja si tiene un problema o inquietud que no sea uno que involucre una determinación desfavorable sobre el pago o autorización de servicios o suministros (que no sea una determinación de cobertura o una determinación de organización). Si tiene preguntas sobre este proceso o desea presentar una queja, comuníquese con nosotros. Puede presentar la solicitud en persona, por teléfono o por escrito. Nuestra información de contacto es:

Banner Prime
A la atención de: Grievance & Appeals
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Centro de Atención al Cliente: (844) 549-1857, Los usuarios de TTY deben llamar al 711
(866) 465-8340 (Fax)

BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com

El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

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

Banner Prime se esfuerza por responder rápidamente a todas las quejas. Si nos llama y no podemos resolver su queja por teléfono, le responderemos dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que presente la queja. El tiempo máximo que puede tardar Banner Prime en responder una queja es de 30 días.

Si Banner Prime necesita más información o la demora lo beneficia, podemos tomarnos hasta 14 días más para responder a su queja. Le notificaremos sobre la necesidad de la extensión de 14 días, el motivo de la extensión y cómo es en su mejor interés, y las instrucciones sobre cómo presentar una queja “rápida” o acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar la extensión.

Si presenta una queja por escrito, tiene una queja relacionada con la calidad de la atención o solicita una respuesta por escrito, Banner Prime le responderá por escrito.

Tiene dos opciones para presentar una queja sobre la calidad de la atención. Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante Banner Prime y/o directamente con la Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO). En Arizona, la QIO es Livanta y su información de contacto es:

Livanta BFCC-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

1-877-588-1123
TTY: 1-855-887-6668
Fax: 1-833-868-4063

Si le ha pedido a Banner Prime que le dé una respuesta “rápida” o acelerada para una decisión de cobertura o apelación y le hemos dicho que no, puede presentar una queja “rápida” o acelerada. Si no está de acuerdo con la decisión de Banner Prime de extender el plazo para que tomemos una determinación de cobertura, debemos tratar este desacuerdo como una queja “rápida” o acelerada. Banner Prime le proporcionará una respuesta para quejas “rápidas” o aceleradas dentro de las 24 horas.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores al problema sobre el cual desea quejarse.
- **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”.** Si consigue un reclamo “rápido”, significa que le brindaremos una respuesta dentro de 24 horas.

Términos legales

Lo que esta sección considera como “**queja rápida**” también lo considera una “**reclamación acelerada**”.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos a conocer nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos inmediatamente.** Si usted nos llama por una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas se contestan dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** de forma total o parcial con su reclamo o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones que justifiquen esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas por la calidad de atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Nos puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió usando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su reclamo es por la calidad de atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo por la calidad de atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar el reclamo ante nosotros).
 - La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica en ejercicio que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.
 - Para hallar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2, de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **También puede presentar ambos reclamos de forma simultánea.** Si lo desea, puede presentarnos la queja por la calidad de atención y también ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede enviar una queja sobre Banner Prime directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Finalización de su membresía en el
plan*

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	251
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan.....	251
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	251
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período Anual de Inscripción.....	251
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Aabierta de Medicare Advantage.....	252
Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial	253
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?.....	254
SECCIÓN 3	¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?	255
Sección 3.1	Por lo general, uno cancela su membresía al inscribirse en otro plan.....	255
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.	256
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, seguirá siendo miembro de nuestro plan	256
SECCIÓN 5	Banner Prime debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones	257
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	257
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	258
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.	258

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se refiere a la finalización de su membresía a nuestro plan
--------------------	--

La finalización de su membresía en Banner Prime puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en las que puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le explica cuándo puede finalizar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted selecciona. La Sección 3 le explica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide cancelar su membresía, pero debemos hacerlo. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si usted está dejando nuestro plan, debe recibir su atención médica a través de nuestro plan hasta la cancelación de su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Usted puede finalizar 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 Anual de Inscripción y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también se le permite dejar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	---

Usted puede cancelar su membresía durante el Período Anual de Inscripción (también conocido como el "Período Anual de Inscripción Abierta"). Este es el momento en el cual usted debería revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Qué es el Período Anual de Inscripción?** Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período Anual de Inscripción?** Usted puede optar por mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si usted decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
 - Original Medicare *con* un plan de Medicare de medicamentos recetados por separado.
 - – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Si usted recibe “Ayuda Adicional (Extra Help)” de Medicare para pagar por sus medicamentos de venta bajo receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados 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 la misma cantidad que cubre una cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener información adicional sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período Anual de Inscripción de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período Anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Se lleva a cabo todos los años del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período Anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).

- Desafilarse 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 recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos recetados, su afiliación 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 determinadas situaciones, puede finalizar su membresía en un Período Especial de Inscripción.
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de Banner Prime podrían ser elegibles para finalizar su membresía en otros períodos del año. Se lo conoce como **Período Especial de Inscripción**.

- **¿Quién es elegible para un Período Especial de Inscripción?** Si alguna de las situaciones a continuación se aplica a su caso, usted puede ser elegible para finalizar su afiliación durante el Período de Inscripción Especial. Estos son solo unos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Por lo general, si se muda.
 - Si tiene AHCCCS (Medicaid)
 - Si es elegible para el programa “Ayuda Adicional” con el pago de sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si hemos violado nuestro contrato con usted.
 - Si usted está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- **¿Cuándo son los Períodos Especiales de Inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de Inscripción Especial, 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 con TTY llamen al 1-877-486-2048 Si usted es elegible para finalizar su afiliación debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud Medicare como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
 - Original Medicare *con* un plan de Medicare de medicamentos recetados por separado.
 - – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Si usted recibe “Ayuda Adicional (Extra Help)” de Medicare para pagar por sus medicamentos de venta bajo receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.

Nota: Si usted se desafilia de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y anda sin una cobertura de medicamentos con receta meritorio por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos la misma cantidad que cubre una cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener información adicional sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finaliza el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener información adicional sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene preguntas o le gustaría obtener información adicional sobre cuándo puede finalizar su afiliación:

- Puede **comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede hallar información en el *Manual Medicare y usted 2021* de Medicare.
 - Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Los miembros nuevos de Medicare la recibirán durante el mes siguiente a su inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Normalmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose a otro plan

Normalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, sencillamente se inscribe en otro plan Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar que se le dé de baja de nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Enviándonos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente si necesita información adicional sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- --o-- Puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El siguiente cuadro le explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se lo desafiliará automáticamente de Banner Prime cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan de Medicare de medicamentos recetados por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se lo desafiliará automáticamente de Banner Prime cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan de Medicare de medicamentos recetados por separado.<ul style="list-style-type: none">○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, 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">• Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios al Cliente si necesita más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contratapa 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 y solicitar la dada de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción en Banner Prime cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo los servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que su membresía finalice, seguirá siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si se retira de Banner Prime, puede pasar algún tiempo antes de que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare tenga vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo inicia su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Usted debería seguir utilizando las farmacias que pertenecen a nuestra red para surtir sus recetas médicas hasta que finalice su membresía con nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados solo son cubiertos si se surten en una farmacia de red, incluyendo los servicios de nuestra farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estancia hospitalaria será cubierta normalmente por nuestro plan hasta que le hayan dado el alta** (aún si es dado de alta después de iniciarse su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Banner Prime debe finalizar su membresía en el plan bajo ciertas circunstancias

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?
--

Banner Prime debe finalizar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A o Parte B
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses.
 - Si se muda o se va de viaje por una larga temporada, necesita comunicarse con el Centro de Atención al Cliente para verificar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio. (Los números de teléfono para comunicarse con el Centro de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no reside legalmente en los Estados Unidos
- Si miente o retiene información acerca de otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos brinda información incorrecta de manera intencional al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para el plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por ese motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente causa problemas que nos dificulten brindarle la atención médica tanto a usted como a otros miembros de nuestro plan. (no podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón a menos que Medicare nos autorice primero).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (no podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón a menos que Medicare nos autorice primero).
 - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le exige pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare lo suspenderá de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.
-

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera información adicional sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede comunicarse con el **Centro de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 5.2	Ante cualquier situación relacionada con su salud, <u>no</u> podemos solicitarle que abandone nuestro plan
--------------------	---

Banner Prime no puede solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en este caso?

Si considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con su salud, debe comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si cancelamos su membresía a nuestro plan, debemos explicarle nuestras razones para hacerlo por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de finalizar nuestra membresía. Además, en la Sección 10 del Capítulo 9, puede buscar información sobre la manera en que puede presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	261
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	261
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	261

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación vigente

Muchas leyes se aplican a la presente *Evidencia de Cobertura* y es posible que también se apliquen algunas disposiciones adicionales que son obligatorias por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún cuando dichas leyes no se incluyan o expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas en dicha ley para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde vive usted.

SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No discriminamos con base en la raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar leyes federales contra la discriminación, con la inclusión del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad del 1975, la Ley de Norteamericanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, y todas las otras leyes que aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea información adicional 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 a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad o necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al 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, el Centro de Atención al Cliente puede brindarle asistencia.

SECCIÓN 3 Aviso de los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios de Medicare cubiertos por los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en las secciones 42 CFR 422.108 y 423.462, Banner Prime, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes desde la B hasta la D del 411 y 42 CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley del Estado.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de ofrecer servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya internación en el centro no exceda las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: un período establecido cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: Una apelación es un procedimiento que se realiza si no está de acuerdo con una decisión nuestra de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede apelar si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de dejar de brindar los servicios que recibe. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted considera debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluso el proceso que debe seguirse para presentar una apelación.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura al paciente un monto superior al del costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Banner Prime, usted únicamente tiene que pagar por los importes del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o que de otro modo le cobren más del monto de costos compartidos que su plan indica debe pagar.

Período de Beneficios: es la manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare mide su uso de los servicios de centros hospitalarios y de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Un período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo período. Debe pagar el deducible de paciente hospitalizado por cada periodo de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de Marca: es un medicamento recetado que se fabrica y vende a través de la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamento de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Etapa de Cobertura Catastrófica: es la etapa de Beneficio de Medicamentos de la Parte D donde usted realiza un pago bajo del copago y del coaseguro por sus medicamentos, después que usted u otras partes calificadas que lo representen hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 le indica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coaseguro: es un monto que se le puede exigir que pague como su parte del costo por servicios y medicamentos recetados después de haber pagados cualquier deducible. El coaseguro normalmente se expresa en porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: el nombre formal para “realizar una queja” es “presentar un reclamo”. El proceso de reclamos se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda básicamente servicios de rehabilitación posterior a una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla o el lenguaje, así como servicios de evaluación del ambiente domiciliario.

Copago: es un monto que se le puede exigir que pague como su parte del costo por servicios médicos o suministros, como la visita médica, la visita de paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, podría para \$10 o \$20 por una visita médica o un medicamento recetado

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a montos que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que el plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento. Un “gasto compartido diario” quizás aplique cuando su médico le recete medicamentos para un suministro de menos de un mes y usted deba realizar un copago.

Determinación de Cobertura: es una decisión sobre si un medicamento que le ha sido recetado está cubierto por el plan y el monto, si aplica, que se le exige pagar por la receta. En términos generales, el hecho de llevar su receta a una farmacia y que esta le informe que dicha receta no está cubierta por su plan, no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre su cobertura. Las determinaciones de cobertura se han denominado “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos Cubiertos: es el término que utilizamos para referirnos a los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos: es el término general que utilizamos para referirnos a los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por un empleador o sindicato) que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura al momento de ser elegibles para Medicare pueden, generalmente, mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en una fecha posterior.

Atención Supervisada: la atención supervisada es el cuidado personal que se brinda en un hogar de ancianos o de cuidados paliativos u otro centro establecido donde no se requiera atención médica o de enfermería especializadas. La atención supervisada es el cuidado personal que puede ser provisto por personas que nos tengan destrezas o capacitación profesional, tales como asistencia con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, recostarse y levantarse de una cama o sillón, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado custodial.

Centro de Atención al Cliente: es un departamento dentro de nuestro plan cuya responsabilidad es responder todas sus preguntas sobre la membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para información adicional acerca de cómo comunicarse con el Centro de Atención al Cliente.

Tasa de costo compartido diario: una “tasa de costo compartido diario” puede aplicar cuando un médico receta menos del suministro de un mes completo de determinados medicamentos y se le exige hacer un copago. El gasto compartido diario es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: Si el 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 “tasa de costo compartido diario” será de \$1 por día. Quiere decir que paga \$1 por día por cada suministro diario cuando surte su receta.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La finalización de la membresía puede ser voluntaria (por propia decisión) o involuntaria (no por propia decisión).

Pago por Expendio: es un pago que se cobra cada vez que se expende un medicamento recetado para pagar el costo de surtir la receta. El pago por expendio cubre costos tales como el tiempo que requiere el farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Individuo con Elegibilidad Doble: es una persona que califica para recibir cobertura de AHCCCS (Medicaid).

Equipo Médico Duradero (EMD): son ciertos equipos médicos que son ordenados por su médico para usar en su hogar. 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 se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de Emergencia: los servicios cubiertos que son: (1) brindados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de Información: este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional elegida, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer, como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si es aprobada, le permite adquirir un medicamento que no está en el formulario de su plan (una excepción del formulario), o adquirir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si su plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted está solicitando, o el plan le restringe la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Ayuda Adicional: es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguros.

Medicamento Genérico: es un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona igual que uno de marca y normalmente cuesta menos.

Reclamo: un tipo de queja que realiza sobre nosotros o sobre una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no implica disputas de cobertura o pagos.

Asistente para la salud en el hogar: un asistente para la salud en el hogar brinda servicios que no requieren las destrezas de un enfermero certificado o terapeuta, tales como ayuda con el cuidado personal (ej. bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios prescritos) Los asistentes para la salud en el hogar no tienen certificación de enfermería ni brindan terapia.

Cuidados Paliativos: un afiliado que tiene 6 meses de vida, o menos, tiene el derecho de elegir cuidados paliativos. Nosotros, nuestro plan, debe proporcionarle una lista de centros de cuidados

paliativos en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará tratamiento especial para su estado.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados: es una estancia hospitalaria cuando ha sido admitido formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, usted podría aún ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de 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 tanto, la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Límite de Cobertura Inicial: el límite máximo de cobertura según la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de medicamentos, inclusive los importes que haya pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, ha alcanzado \$4,130.

Período Inicial de Inscripción: cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, es el período de tiempo en el cual usted puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años de edad, su Período Inicial de Inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que usted cumple 65 años de edad, incluye el mes en el que usted cumple 65 años de edad, y finaliza 3 meses después de que usted haya cumplido 65 años de edad.

Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) Institucional: un plan de necesidades especiales que afilia a personas elegibles que residen o esperan residir durante 90 días consecutivos o más en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); un centro de enfermería (nursing facility, NF); un centro de atención intermedia para retrasados mentales (ICF/MR); y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un Plan de Necesidades Especiales Institucional que preste servicios para residentes de centros de LTC de Medicare, debe tener un acuerdo contractual con (o ser el dueño y encargado del funcionamiento de) los centros de LTC específicos.

Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) Institucional Equivalente: es un Plan de Necesidades Especiales institucional que afilia a personas elegibles que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de atención institucional en función de la evaluación del Estado. La evaluación debe ser realizada utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal y administrado por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan.

Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vida asistida (assisted living facility, ALF) contratado si es necesario garantizar una administración uniforme de la atención especializada.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): es una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS): ver “Ayuda Adicional”.

Monto Máximo de Desembolso Personal: lo máximo que pagará de desembolso personal durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados no cuentan para este monto máximo de desembolso personal. Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener información sobre su monto máximo de desembolso.

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían en los diferentes estados, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación Medicamento Aceptada: es el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por cierta documentación de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aprobada).

Medicamento necesario: Son servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y satisfacen los estándares de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años y más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con Enfermedad Renal Terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan Medicare Cost, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: un período establecido cada año en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y

también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que firma contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare son cubiertos por el plan, y no son pagados por Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para unirse a cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de Descuentos de Transición de Cobertura de Medicare: es un programa que ofrece descuentos en muchos medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a afiliados de la Parte D que han alcanzado la Etapa de Transición de Cobertura y que no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se hacen sobre la base de los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Servicios Cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de Salud de Medicare: Es un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que firma contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare a los que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Programas de Demostración/Pilotos, y Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro que ayuda a pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos o inmunológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare): es un seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las “brechas” de la cobertura de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage Plan no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del Plan”): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya

inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Farmacia de la Red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de sus medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen contratos firmados con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Las denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen acuerdos con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar así como brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan le paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos o si dichos proveedores aceptan brindarle a usted los servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos 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 establece una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de cuáles artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare “de Pago por Servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica sumas establecidos por el Congreso. Usted puede tratarse con un médico, hospital o con cualquier otro proveedor de cuidados de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro Hospitalario) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia que no posee un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Como se explicó en esta Evidencia de Cobertura, la mayor parte de los medicamentos que adquiera en una farmacia fuera de la red no serán cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o Centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no tenemos acuerdos para coordinar o brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores o centros fuera de la red son proveedores que no son empleados por, ni pertenecen a, ni operan con nuestro plan o no están bajo contrato para brindarle los servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Costos de bolsillo: consulte la definición de “costos compartidos” mencionada anteriormente. Al requisito de costos compartidos de un miembro, según el cual debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos, también se conoce como el requisito de costos “de desembolso personal” del miembro.

Parte C - Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para mayor claridad, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como Parte D).

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden cubrirse según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario como una lista específica de los medicamentos cubiertos.) Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas de cobertura como medicamentos de la Parte D por el Congreso.

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D: es un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más después de que es elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D. Puede pagar este monto superior siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda adicional, 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 recetados.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que sean recibidos por un proveedor de la red como de fuera de la red. Por lo general, los costos compartidos de los miembros serán más altos cuando los beneficios del plan se reciban a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos de desembolso personal por servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor de sus costos de desembolso personal combinados por servicios recibidos tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los de fuera de la red (no preferidos).

Prima: es el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica en concepto de cobertura de medicamentos recetados o de salud.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerle saludable. El proveedor de atención primaria también puede hablar con otros médicos y proveedores de salud sobre su atención y realizar remisiones. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Autorización Previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos de los servicios médicos dentro de la red se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están indicados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están indicados en el formulario.

Dispositivos protésicos y ortésicos: Son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, arneses para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluso materiales de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): es un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) en su estado.

Límites de Cantidades: es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad y aprovechamiento. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o en un periodo definido de tiempo.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: es un área geográfica donde el plan acepta miembros cuando limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para aquellos planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, es también generalmente el área donde usted puede obtener sus servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede suspenderle si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): son la atención de enfermería calificada y los servicios de rehabilitación que se brindan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención de centros de

enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero certificado o un médico.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia Escalonada: es una herramienta de uso que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos un medicamento que puede haber sido recetado inicialmente por su médico.

Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios que se necesitan con urgencia: los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.

Centro de Atención al Cliente de Banner Prime

Método	Centro de Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(844) 549-1857 Las llamadas a este número son gratuitas. Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. El Centro de Atención al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
ESCRIBA A	Banner Prime A la atención de: 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 Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (Arizona SHIP)

El SHIP de Arizona es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	Teléfono local (602) 542-4446 Línea de ayuda estatal (800) 432-4040 (dejar mensaje)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Arizona SHIP 1789 W. Jefferson St. Site Code 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

Declaración de Divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recolección de información a menos que exhiba un número OMB de control válido. El número OMB de control válido para esta recolección de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.